

L'ODONTOLOGIE

33e année. Vol. L

N° 13. 15 JUILLET 1913.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

33e année. — 2e SEMESTRE 1913. — Vol. L.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone : Central 23.04*

ABONNEMENT :
FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**
Le Numéro : 1 franc.

33e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1913 VOL. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES FONTAINES RADIFÈRES

Quelques considérations à propos de l'article du prof. Warnekros.

Par H. LÉGER-DOREZ.

Nous avons lu avec quelque étonnement dans l'article de M. Warnekros « *L'emploi du radium dans le traitement de la pyorrhée* », paru dans le n° du 30 mai 1913 de *L'Odontologie*, que le prof. Trauner, de Graz, aurait décrit de la « façon la plus complète et la plus brillante » le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire par le radium. Des travaux français [1] qui sont pourtant sur ce point particulièrement connus, pour le radium en général, les premiers en date, il n'est point question.

C'est là, sans doute, l'effet d'une ignorance que nous nous honorons en France de n'avoir jamais quand il s'agit d'étrangers. Cependant cette ignorance ne se traduit pas seulement dans la partie historique de l'article, mais aussi dans le fond, et c'est pour mettre en garde nos confrères contre un enthousiasme voué à la désillusion que nous pensons, dès maintenant, devoir exposer les quelques considérations qui vont suivre, sur les assertions de l'auteur.

« La radiumthérapie, dit-il [2], est appelée à combattre

1. BARCAT, *Précis de Radiumthérapie*.
LÉGER-DOREZ, Communications à la Société d'Odontologie et au Cercle Odontologique, oct. 1912.
LÉGER-DOREZ, *Le radium, ses applications à l'odontologie. Laboratoire*, nov. 1912.
LÉGER-DOREZ, *Les applications du radium à l'art dentaire, Journal Odontologique de France*, avril 1913. Comm. faite le 9 mars au Cercle odontologique.
2. *L'Odontologie*, mai 1913, p. 410.

» efficacement la pyorrhée alvéolo-dentaire, aussi à empêcher
» en grande partie la destruction des dents (carie). »

Un peu plus loin, nous lisons (p. 443) :

« Les lavages avec les anciens dentifrices n'avaient
» (comme le prouve l'excellent travail du prof. Kuster et
» de Weisbach) aucun effet notable sur le développement de
» la carie. La situation est maintenant différente avec les
» lavages au radium grâce auxquels, aux endroits menacés,
» *le mucus, avec les bactéries retenues,* se dissout et est
» rejeté au dehors.

» Les maladies radiculaires des dents pourront aussi être
» guéries maintenant dans de nombreux cas, etc., etc. Le
» traitement fut effectué par des bâtonnets de beurre de
» cacao radio-actifs; tels qu'ils sont vendus (ne l'oublions
» pas) par la « Deutsche Radium Gesellschaft, Hannover »
» et en outre par l'appareil à émanation de gaz, que je
» désirerais en tous cas avoir introduit en dentisterie. »

Plus bas, nous lisons encore :

« L'appareil à émanation de gaz a une action beaucoup
» plus puissante que l'appareil mentionné ci-dessus pour
» la cure de lavage. Il contient assez de pierres radio-ac-
» tives pour que la solution contienne déjà, après 3/4 d'heure,
» la même quantité d'unités que la solution dans le verre
» pour la cure par lavage en 24 heures. Mais ce n'est pas
» cette solution qui est employée ; ce sont les particules
» gazeuses libérées quand, à l'aide d'une poire en caout-
» chouc se terminant dans l'appareil à émanation en un
» tube de verre, la solution est agitée par *l'apport d'air*
» *obtenu au moyen de la poire.* »

Bref, ces particules gazeuses sont envoyées par canalisation dans le canal radiculaire par un tube capillaire. Cet appareil à gaz, d'après l'auteur, seconde aussi la cure par le lavage, les particules radio-gazeuses étant amenées là où elles ne peuvent pénétrer par la cure de lavage.

Il y a dans toute cette narration des affirmations trop prématurées et des illogismes qui s'accordent mal avec les travaux les plus récents en radiumthérapie.

L'émanation [1], on ne doit pas l'oublier, a toutes les propriétés physiques des gaz.

Elle diffuse dans l'atmosphère qui lui est offerte, même si elle ne communique avec le radium protecteur que par des tubes capillaires, et la loi qui régit cet écoulement par tube capillaire est la même que celle qui préside à la diffusion des gaz en général (P. Curie et Donne).

Quand l'émanation est produite par un sel à l'état sec, elle se dégage mal, et la plus grande partie du gaz reste occluse entre les particules du sel.

Au contraire, lorsque le sel est immergé, l'émanation diffuse dans toute la masse du liquide et s'échappe dans l'atmosphère, comme le ferait tout gaz dans un liquide ou une enceinte non saturée de ce gaz.

Or, que voyons-nous dans la communication de Warnekros ?

D'abord une fontaine dans laquelle sont immergés trois briquettes de terres radio-actives, dont deux pendues à une ficelle, laquelle ficelle est coincée entre un large couvercle de verre afin de laisser pendre les briquettes dans le liquide (eau) et pour qu'elles ne tombent pas au fond.

Voilà une singulière manière de récolter l'émanation et de l'obliger à saturer l'eau d'utilisation, puisque, comme je l'ai déjà dit plus haut, l'émanation subit la loi des gaz et s'échappe même par des tubes capillaires !

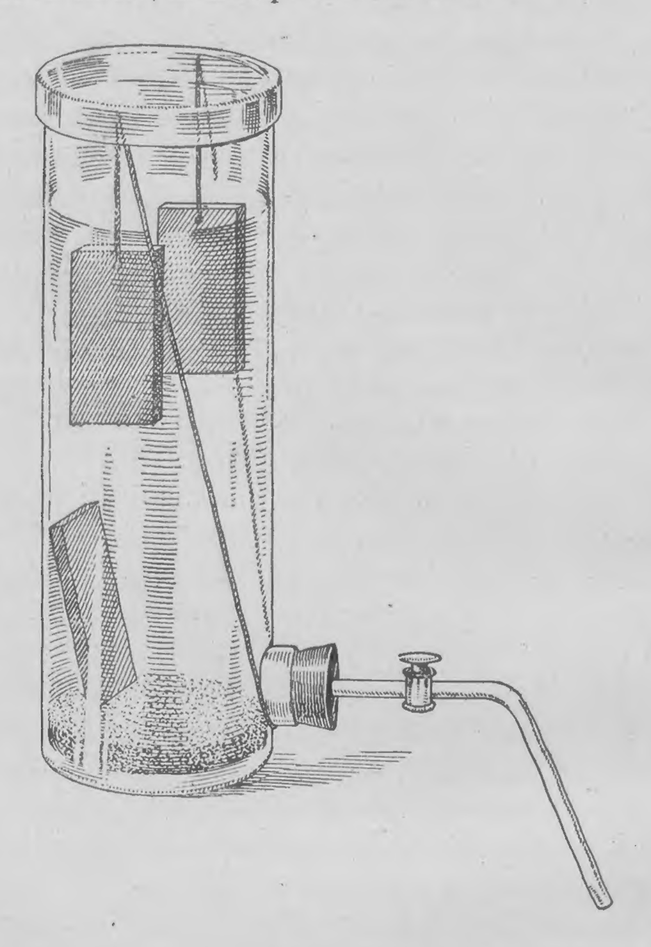
D'autre part, les briquettes employées étant d'une valeur, fontaine comprise, de 43 fr. à 75 [2], si l'on défalque le bénéfice de toute industrie ordinaire dans ce genre, 50 o/o pour le moins, nous nous trouverons devant une valeur en radium contenu dans les briquettes d'environ 21 fr. 60. Or, on sait que le radium coûte 400.000 fr. le gramme ; *on voit tout de suite quelle radio-activité peut dégager une pareille fontaine et surtout à l'air libre.*

Abordons maintenant la prétendue dissolution du mucus

---

1. *Précis de radiumthérapie de Barcat*, p. 16-17. Maloine, éditeur.
2. *L'Odontologie*, 30 mai 1913, p. 444.

et l'effet notable de cette *émanation à l'air libre* sur les bactéries retenues, leur expulsion au dehors.



Action de l'émanation[1].

D'après les travaux les plus récents de Dominici et Faure Baulieu, Pr. Petit (d'Alfort), Jaboin et Baudoin, Cherrier, Fleig, de Montpellier, travaux remontant déjà à 1908-1909-1910, et les conclusions de Barcat, 1912, l'action antiseptique du rayonnement, et surtout de l'émanation, *est peu*

1. *Effets physiologiques du radium, Précis du Radiumthérapie*, édition Maloine, p. 35 à 41.

marquée à l'égard de la plupart des microbes pathogènes. Exceptionnellement, elle est cependant très réelle et très nette sur certains agents bactériens, tels que le gonocoque et le virus rabique.

Comme la bouche n'est pas précisément le foyer d'élection ordinaire du gonocoque et du virus rabique, et que ces microbes non privilégiés ne sont occis qu'après des présences de 48 heures sous le radium, on voit le peu d'action que pourrait avoir l'eau de la fontaine de Warnekros sur les microbes pathogènes et les bactéries contenus dans le mucus de la bouche.

L'innocuité de l'émanation introduite dans les tissus vivants, au moins sous forme d'injections radifères, ne dépasse pas une certaine dose et la possibilité d'obtenir ainsi avec les sels insolubles une action très prolongée permet d'avoir des effets thérapeutiques.

Si l'on voulait mettre véritablement en jeu les propriétés antiseptiques de l'émanation, le seul procédé des injections radifères insolubles intragingivales assurant une action permanente et prolongée serait indiqué, et avec Barcat, nous l'étudions en ce moment.

Mais si l'action antiseptique de l'émanation par lavages est pratiquement nulle, on sait au contraire que son action tonique et cicatrisante sur les tissus est bien établie (Chevrier).

Malgré l'impossibilité pratique de faire agir l'émanation dans la bouche aussi longtemps que sur une plaie que l'on recouvre de pansements permanents (compresses, pommades, poudres), il n'est pas impossible qu'une eau véritablement radio-active, employée en lavages prolongés, puisse donner des résultats.

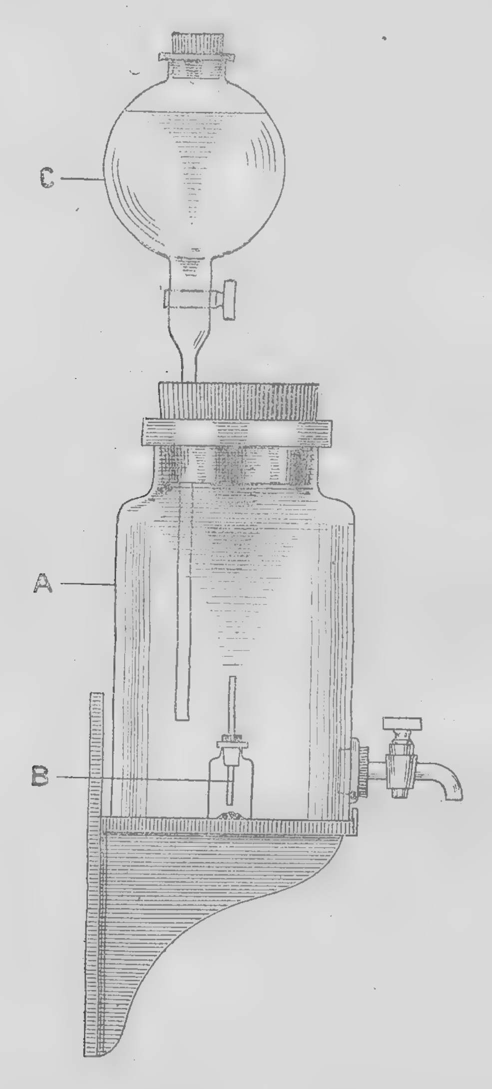
Encore faut-il se placer dans des conditions vraiment scientifiques pour étudier la question.

Et d'abord, comment doit-on établir un bon appareil producteur d'eau radio-active ? Voici un procédé que chacun peut facilement réaliser.

Fontaine radifère en vases clos.

La fontaine radifère comprend :

A. Un bocal de 5 litres à large goulot, à sa base un robinet de verre.



B. Un petit flacon de 30 cc. très bas et trapu de la base, à goulot convenable.

C. Un entonnoir à long tube de descente muni d'un robinet isolant.

Chacun de ces vases est muni de bouchons en caoutchouc souples et bien obturants ; dans A et B ces bouchons laissent passer un tube de verre. Celui de C est au contraire un obturant parfait.

Dans le flacon B de 30 cc. nous plaçons 1/4 de milligramme de sulfate de radium (sel insoluble) mélangé, pour le rendre plus visible, à 10 grammes de sulfate de baryum dont le coût est de 100 fr. environ. Naturellement il est possible d'obtenir plus d'intensité de saturation en doublant, triplant ou quadruplant la dose.

Avec un tel appareil, les grains de radium, mis dans le milieu liquide, laisseront infiniment mieux se dégager l'émanation que s'ils étaient contenus dans les briquettes qui ne sont qu'imparfaitement perméables.

D'autre part, l'étanchéité de l'appareil, empêchant toute diffusion au dehors du gaz actif, lui permettra d'atteindre son maximum de concentration, qui n'est atteint (ne l'oublions pas) qu'en un mois en vases clos. C'est pour cela qu'il serait désirable de ne soustraire chaque jour à la fontaine radio-active que la trentième partie de son contenu total (soit un verre pour une fontaine de 5 litres), immédiatement remplacée par la même quantité d'eau neuve. On aurait toujours ainsi une eau de radio-activité égale et constante.

Nous voilà bien loin, comme vous le voyez, de la fontaine de M. Warnekros, appareil qui réalise, on peut le dire, les plus mauvaises conditions pour obtenir de l'eau radio-active, si tant est qu'il en contienne, ce que nous tâcherons d'élucider.

REVUE DES REVUES

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Nouvelles considérations.

Par le prof. A. Gysi, de Zurich

(Suite et fin.)

Des mensurations exactes ont démontré que le mouvement de Bonwill-Walker, en avant et en bas, Fig. 11 G, s'exécute en faisant un angle moyen de 33°, avec le plan d'occlusion, Fig. 11 N. N [1], et que le mouvement en dedans de Bennett dans les mouvements de latéralité se produit sous un angle moyen de 15°, Fig. 12 G, par rapport à la direction du mouvement direct en avant qui se produit lors de l'ouverture. C'est sur ces bases que le nouvel articulateur est construit.

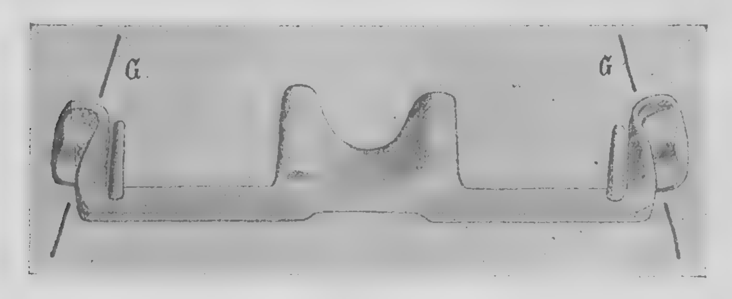


Fig. 12.

La fig. 11 montre l'articulateur simple vu de côté. La protubérance N^1 et la gorge N^2 indiquent le plan horizontal sur lequel doit être placée la surface d'occlusion des modèles de cire avec lesquels l'articulé a été pris (Hauteur du plan d'occlusion). En V^1 se trouve le point de rotation pour le relèvement ou l'abaissement éventuels de la hauteur primitive de l'articulation. En G on voit la cavité glénoïde dirigée en avant et en bas, avec le tubercule articulaire. En F est un fort ressort qui ramène l'articulateur dans la position normale après les mouvements, et qui empêche l'articulateur, une fois ouvert, de se refermer spontanément. En K se trouve la surface conductrice dans la région du menton et qui provoque l'entrecroisement des incisives. La fig. 12 montre la partie supérieure de l'articulateur vu de dessous. On voit les cavités glénoïdes G G inclinées d'environ 15° en dedans, ainsi que le tubercule articulaire.

Il n'était pas possible, dans les articulateurs déjà existants munis de plaques parallèles d'articulation, de déterminer le point de rotation découvert par Bennett, point mobile latéralement du reste, ni les composantes transversales du mouvement du condyle décrites par ce même auteur.

La solution pratique de ce problème, qui paraît maintenant si simple, présentait en réalité les plus grandes difficultés, et ce n'est qu'au prix de nombreux et coûteux essais ayant absorbé un temps considérable que le but visé fut enfin atteint. Lorsque j'eus réalisé la solution la plus simple possible, je m'aperçus, à ma grande surprise, que je me retrouvais à mon point de départ, alors que treize ans plus tôt je reconstruisais avec Eug. Müller, par des procédés tout à fait empiriques, le premier articulateur anatomique pourvu de cavités glénoïdes naturelles, à cela près toutefois que, maintenant, toute la construction repose sur des principes vraiment scientifiques dont l'application pratique, point plus important encore, est réalisable par des moyens mécaniques très simples.

Une autre surprise encore m'était réservée. Le présent travail était prêt à être imprimé lorsque je reçus, le 19 juin 1912, d'un confrère anglais, M. F. H. Balkwill, un exemplaire d'un travail publié par lui en juin 1866, il y a maintenant par conséquent 46 ans et à peu près une année après que Bonwill eût fait connaître son articulateur. Cet ouvrage ne se compose que de 26 pages d'impression petit format et renferme seulement 8 figures, mais on y trouve déjà *tout* ce qui, au cours des 46 dernières années, a dû, péniblement et bribe après bribe, être retrouvé par ceux qui ont étudié le problème de l'articulation. Balkwill décrit déjà aussi les composantes dirigées en avant, en bas et de côté, du mouvement articulaire découvertes isolément par Bonwill, Walker et Bennett.

Balkwill décrit exactement les rapports des tubercules articulaires des molaires, la courbe de compensation des arcades dentaires, la fonction des sillons de l'émail, des surfaces triturantes opérant comme canaux d'évacuation du bol alimentaire déjà réduits en bouillie (*clearance spaces*) ; puis la forme pyramidale des tubercules articulaires des molaires, l'inclinaison des têtes des condyles, la fonction des canines comme guides antérieurs des mouvements du maxillaire, l'angle formé par le croisement des quatre incisives centrales et les têtes des condyles. — Outre ces points principaux, il avait observé encore beaucoup de détails qui n'ont été redécouverts que récemment.

Avec toutes les connaissances que Balkwill possédait, il aurait donc pu, il y a 46 ans déjà, construire un articulateur anatomique exact ; son mémoire eût obtenu alors une grande diffusion au lieu de rester enfoui dans les procès-verbaux des séances de la Société Odontologique de la Grande-Bretagne.

Toutefois, comme nous le savons tous, le problème de l'articulation est si complexe qu'il n'est pas possible en 26 pages petit format accompagnées de 8 figures, de le faire comprendre à quiconque ne s'est pas de son côté livré à des recherches personnelles. C'est là la cause pour laquelle la publication de Balkwill n'a pas laissé de traces durables. La prothèse, dans ce temps-là, n'était pas encore assez avancée pour qu'on pût comprendre l'importance de ces découvertes et les employer dans la pratique.

Je puis néanmoins féliciter notre confrère Balkwill de ce qu'il lui a encore été donné, quoique tardivement, de voir ses recherches confirmées, et de ce qu'il n'a pas subi le sort de Mendel, l'inventeur de la loi d'hérédité qui porte son nom, dont les travaux n'ont été appréciés qu'après sa mort.

Balkwill peut aussi se consoler en pensant au sort de Bonwill. Les journaux professionnels d'Amérique, en effet, refusèrent de publier le premier travail important et complet relatif à sa méthode d'articulation, que Bonwill avait présenté à la Société des Dentistes de l'État de Delaware, aussi bien qu'un écrit postérieur qu'il avait lu en 1885 devant l'American Dental Association. Ce n'est que peu de temps avant la mort de l'auteur méconnu que R. Ottolengui lui ouvrit les colonnes du journal *Items of Interest*. Dans les numéros de septembre et décembre 1899 de cette publication parut enfin, accompagné d'un grand nombre d'illustrations, l'exposé de la méthode de Bonwill. Seule la satisfaction de se voir ainsi rendre justice par Ottolengui dut atténuer quelque peu les cruelles désillusions de Bonwill, qui n'eût pourtant pas la joie de voir publier en totalité son travail, la mort l'ayant emporté le 24 septembre 1899 alors que la première partie seulement avait paru. Bonwill n'a suscité que peu d'adeptes, et seuls ceux qui, sous sa direction personnelle, avaient approfondi le problème de l'articulation, étaient à même de le comprendre et d'en tirer parti dans la pratique.

La grande majorité des dentistes considéraient les découvertes de Bonwill comme des élucubrations fantaisistes. Pour eux le seul mouvement que pouvait exécuter le maxillaire inférieur était le mouvement de charnière, car il est de fait, comme cela sera indiqué plus loin, que chez l'homme qui mâche, il n'y a pas de mouvements latéraux visibles.

*
* *

APPENDICE

SUR LA QUESTION DES POINTS DE ROTATION

Jusqu'ici on aura toujours cru que du moment que l'on aurait réussi à trouver la véritable position des *points* de rotation (ou peut-

être de l'*axe* de rotation) autour desquels le maxillaire inférieur se meut pendant les mouvements de mastication, ce serait un jeu d'enfant de construire un articulateur anatomique reproduisant fidèlement les mouvements. Chaque chercheur, ou presque, trouvait un point de rotation placé différemment, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous, tantôt derrière les condyles, tantôt dans ces condyles eux-mêmes. Et lorsque, finalement, on put s'entendre sur une position approximative, on discuta encore pour savoir si la position exacte se trouvait éloignée des condyles de 10 ou de 2 mm.

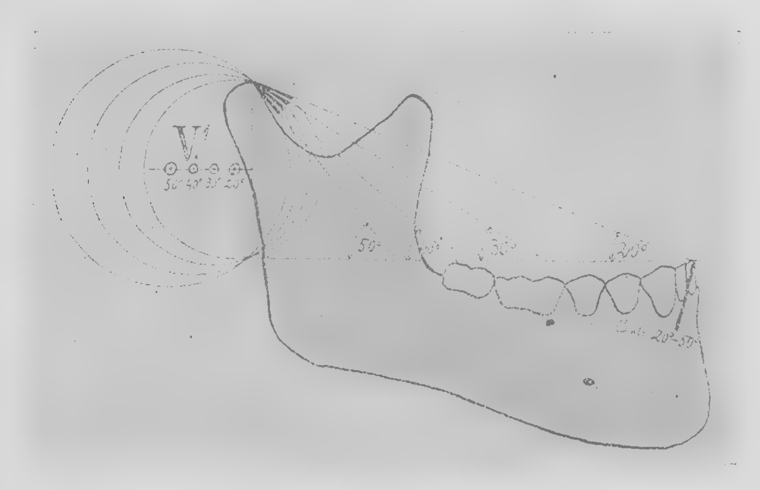


Fig. 13.

Mes dernières recherches ont démontré que presque toutes les données sur la position des points de rotation étaient justes jusqu'à un certain point, car ce point de rotation peut être placé aussi bien au-dessus qu'au-dessous des condyles ou derrière eux, et cela, de plus, à des distances variant dans des limites considérables.

Il en est résulté cette conséquence pratique que dans la construction d'un articulateur il n'est point nécessaire de se préoccuper des points de rotation : il suffit de constituer d'une manière anatomiquement exacte les surfaces conductrices des deux extrémités condyliennes du maxillaire inférieur et de la région mentonnière.

Les différents points de rotation s'établissent absolument d'eux-mêmes pendant les mouvements de l'articulateur autour de ces trois surfaces conductrices. Il se produit alors des points géométriques de rotation (qui ne sont pas des points réels anatomiques) en dehors des surfaces conductrices, absolument comme dans la nature.

Nous avons donc au début appris que les mouvements de mastica-

tion de l'homme sont les mêmes que ceux des carnivores, des ruminants et des rongeurs, c'est-à-dire que le maxillaire inférieur de l'homme peut se mouvoir aussi bien *verticalement* (de haut en bas et de bas en haut) que *latéralement* (de côté et d'autre), qu'il peut se

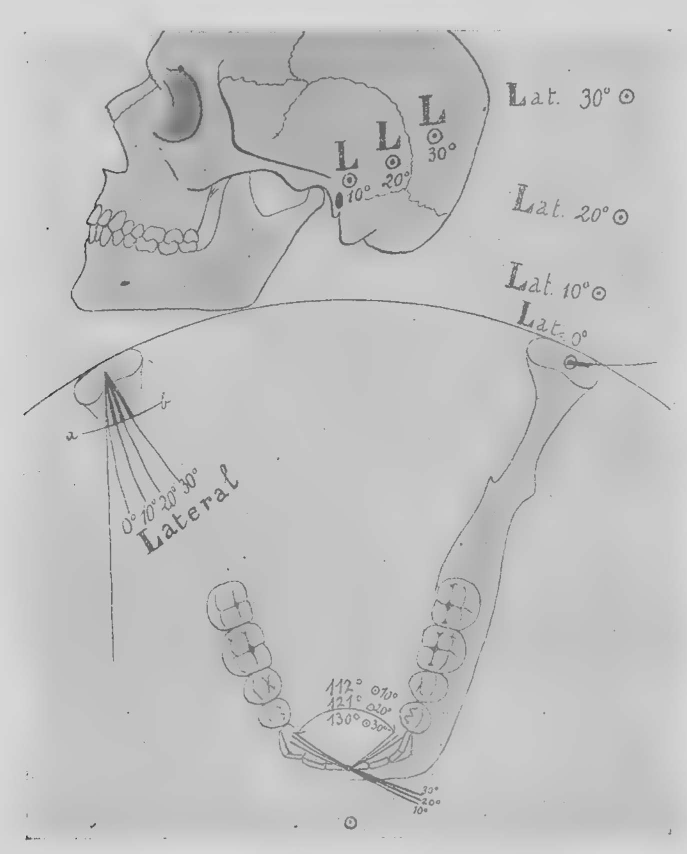


Fig. 14.

mouvoir en avant et en arrière, et finalement encore *diagonalement*, c'est-à-dire selon la résultante des trois mouvements principaux. Dans chacun de ces trois mouvements principaux on peut encore trouver un centre de rotation.

I. — Centre de rotation pour les mouvements verticaux.

Si pendant un mouvement pur d'ouverture, on détermine la forme des trajets décrits par le condyle et le menton (comme cela a déjà été expliqué en détail précédemment sur la figure 7), que l'on partage ces trajets en trois parties, et qu'on élève sur

chaque partie une verticale, les points d'intersection de ces lignes forment alors les points de rotation. Il en résulte que pendant les mouve-



Fig. 15.

ments d'ouverture, le point de rotation se déplace et peut se trouver partout sur la ligne tracée en points pleins. Ces centres de rotation ne peuvent par conséquent pas être reproduits mécaniquement sur

un articulateur, tout au moins pas d'une manière pratique et simple.

Cela n'est, du reste, nullement nécessaire, car les mouvements

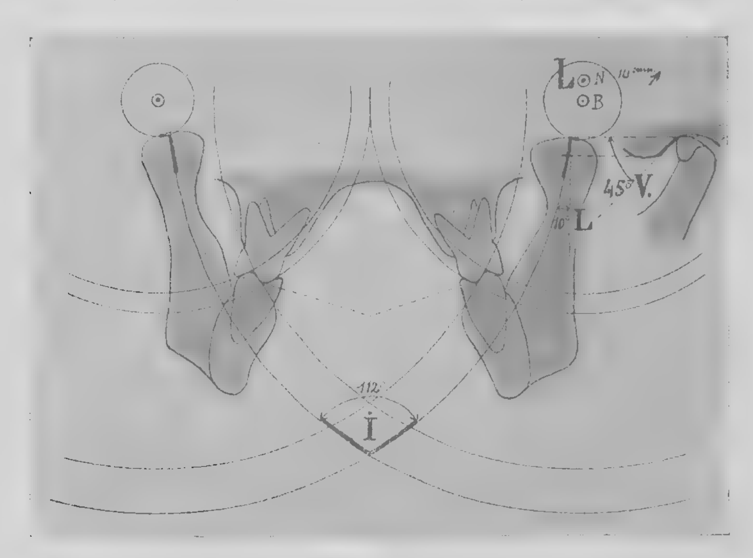


Fig. 16.

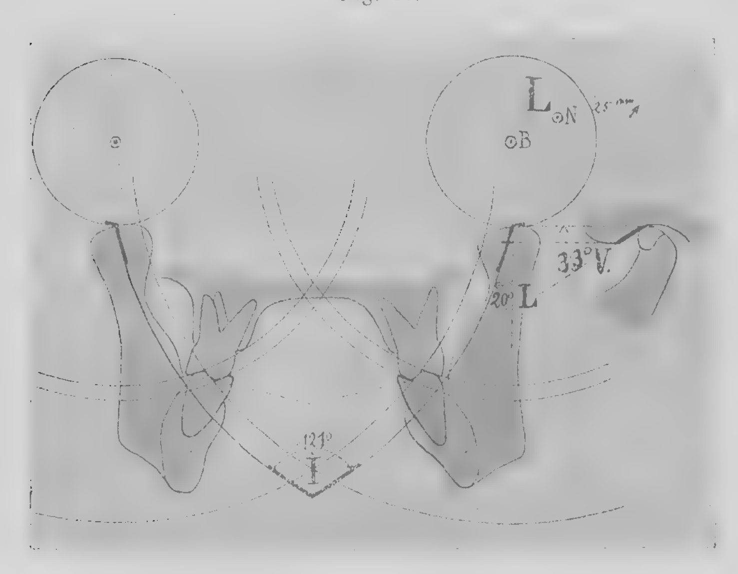


Fig. 17.

d'ouverture et de fermeture sont, chez l'homme, sans influence sur la position des dents.

Ce n'est que pour l'élévation ou l'abaissement de l'articulation (hauteur d'articulation) que le centre de rotation de la première étape

du trajet condylo-mentonnier peut être employé pratiquement. Et c'est le seul centre de rotation qui soit mécaniquement reproduit dans mon articulateur.

Comme on le voit dans la figure 13, ce centre V[1] se trouve toujours plus ou moins loin en arrière et au-dessous de la tête du condyle, selon que l'angle du trajet condylien avec le plan d'occlusion comporte 20, 30, 40 ou 50 degrés. Comme un très grand nombre de mensurations ont prouvé que c'est l'angle 33° que l'on rencontre le plus souvent, angle que l'on peut par conséquent appeler normal, ce centre de rotation, dans mon modèle simple d'articulateur, est fixé à 33°.

Ce centre devait être donné mécaniquement à l'articulateur (fig. 11 V[1]), car il est indépendant de la surface conductrice des incisives (fig. 11 K) et dans la nature il n'est produit que par la traction musculaire exercée dans différentes directions, disposition qu'on ne peut pas facilement reproduire mécaniquement.

II. — Centre de rotation pour les mouvements latéraux (de côté et d'autre).

Comme nous l'avons vu dans les explications relatives à la figure 6 les trois points du triangle du maxillaire inférieur humain décrivent

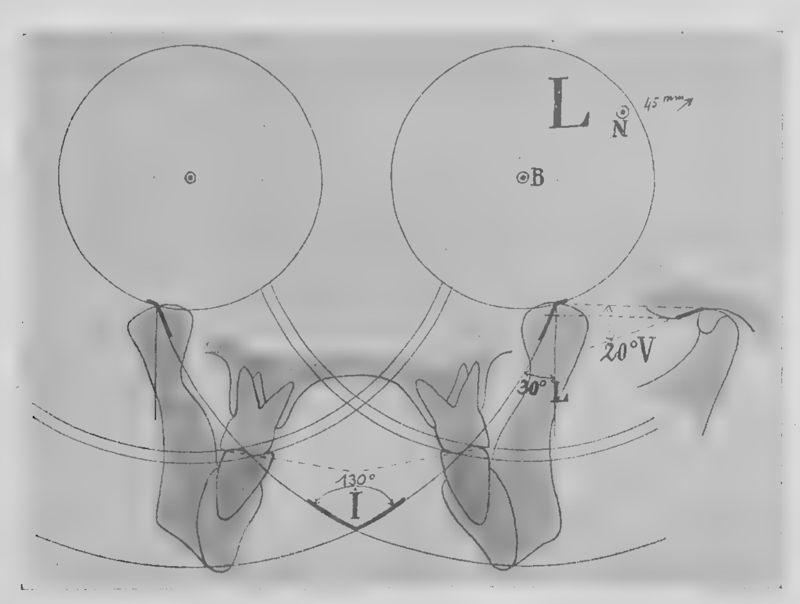


Fig. 18.

pendant un mouvement de latéralité les mouvements suivants : Si, par exemple, le point mentonnier placé en C se dirige vers *c*, la tête

du condyle *B* se déplace vers *b*, c'est-à-dire en dedans, et non pas vers b^1, comme on l'a toujours cru jusqu'à présent. Par ce mouvement la tête du condyle A est aussi poussée de côté vers *a*. Si l'on élève sur ces trois étapes du trajet des lignes verticales, l'intersection de ces lignes produira le point de rotation correspondant. Celui-ci est situé d'après ces données derrière les têtes de condyles (fig. 14) et au-dessus et suivant l'étendue du mouvement latéral, il se trouve près des points L 10°, L 20°, L 30°. La position de ce point de rotation est donc déterminée par l'étendue du mouvement latéral. Un très grand nombre de mensurations exécutées sur des patients d'après les indications de la figure 15 (sur un verre dépoli) ont donc établi que ce mouvement en dedans comporte environ 15° (fig. 6).

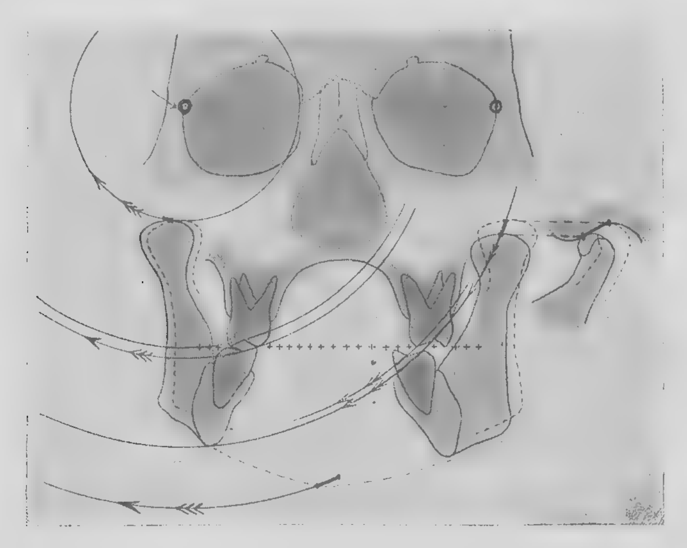


Fig. 19.

Lors donc que, dans mon articulateur simple, la cavité glénoïde (fig. 12 G) se trouve dans cette position, ce point de rotation, situé en arrière et en haut, se trouve, par ce fait même, déterminé. Il n'est donc pas nécessaire de le déterminer directement par un dispositif mécanique. Et comme le point de rotation pour les mouvements verticaux d'ouverture, qui, seul est reproduit dans l'articulateur (fig. 11 V^1) peut se déplacer de côté pour les mouvements latéraux (puisqu'il ne se trouve pas sur une charnière), il n'empêche pas l'établissement du point géométrique de rotation (fig. 14 L) pour les mouvements latéraux.

Les fig. 16, 17 et 18 montrent avec quelle exactitude on peut, par voie de reconstitution, et en se basant sur ces centres de rota-

tion, établir des surfaces occlusales de molaires de diverses profondeurs, c'est-à-dire des surfaces occlusales avec des tubercules plus ou moins accentués et comme en conséquence il en résulte d'une part des trajets condyliens V d'une inclinaison variant de 20 à 45° et aussi des trajets condyliens dirigés plus ou moins de côté, en faisant des angles de 10 à 30° L. On voit aussi encore comment se produisent les angles d'intersection I, des courbes caractéristiques, angles dont l'ouverture varie de 112 à 130°, tels qu'ils se produisent par l'emploi de mon enregistreur pour le mouvement des incisives décrit dans un précédent travail.

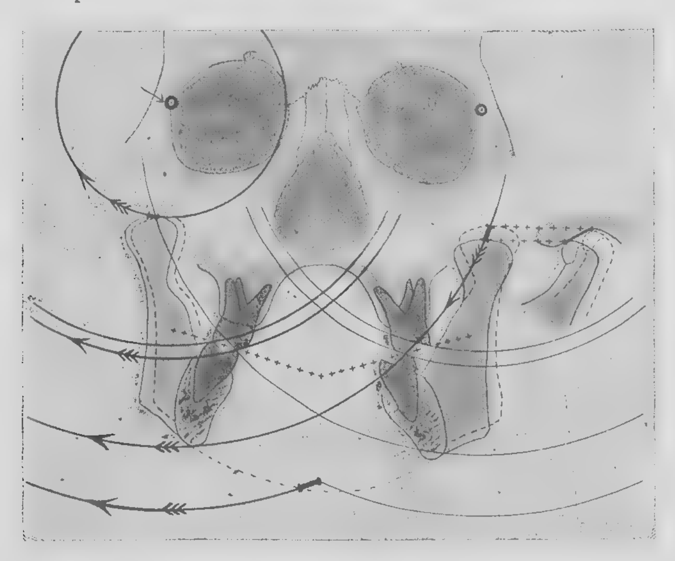


Fig. 20.

Le lecteur critique voudra bien remarquer d'emblée que pour ces épures sur une surface plane, on a dû choisir d'autres centres que ceux qui résultent de la fig. 14. En effet, les centres dans les fig. 16, 17 et 18 sont placés en B sur le plan de la figure. Or les véritables centres pour les mouvements dans l'espace, c'est-à-dire les mouvements à trois dimensions, se trouvent respectivement à 10 mm., 25 mm. et 45 mm. derrière les points N de rotation dans l'espace des fig. 16, 17 et 18, donc en L de la fig. 14. C'est de ces épures que se déduit encore la position, inclinée naturellement, des surfaces triturantes des molaires, et l'on constate par conséquent aussi que cette inclinaison dépend de l'étendue du mouvement de latéralité des têtes des condyles.

La fig. 19 montre aussi comment, par cette position des points de rotation, par l'inclinaison qui en résulte des surfaces triturantes, le contact entre les tubercules des molaires pendant les mouvements

latéraux de mastication reste assuré, ce qui a pour effet d'empêcher l'appareil prothétique de basculer.

Si l'on plaçait sur un plan horizontal les surfaces triturantes des molaires comme dans la fig. 20, les tubercules des molaires ne pourraient rester en contact dans les deux moitiés du maxillaire.

III. — Centre de rotation pour les mouvements des rongeurs (en avant et en arrière).

Les mouvements que fait l'homme pour mordre avec les incisives sont déterminés par la position de la cavité glénoïde et l'inclinaison de la face palatine des incisives supérieures, inclinaison qui peut comporter de 40 à 80° par rapport au plan d'occlusion.

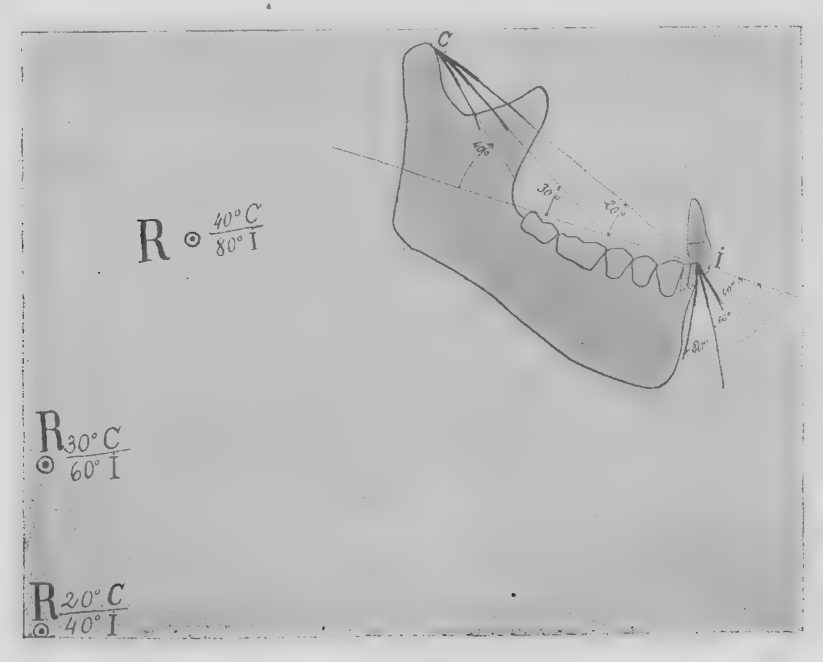


Fig. 21.

Si l'on prend les trois inclinaisons principales du trajet condylien C (fig. 21) soit 20, 30, 40° et également les trois inclinaisons principales des trajets des incisives I, soit 40, 60 et 80°, on peut construire d'après ces données trois positions différentes (R fig. 21) du centre de rotation correspondant situé dans le plan médian, pour autant qu'on admet qu'il est normal que le trajet des incisives ait toujours une inclinaison double de celle du trajet des condyles (fig. 21).

Si l'on fait encore d'autres combinaisons que celles ci-dessus,

qui sont normales, on obtient encore beaucoup d'autres positions pour le point de rotation des mouvements de préhension avec les incisives.

Il ne serait par conséquent guère possible non plus d'ajouter à un articulateur un dispositif qui puisse reproduire mécaniquement ces points de rotation situés si loin en arrière dans le plan sagittal.

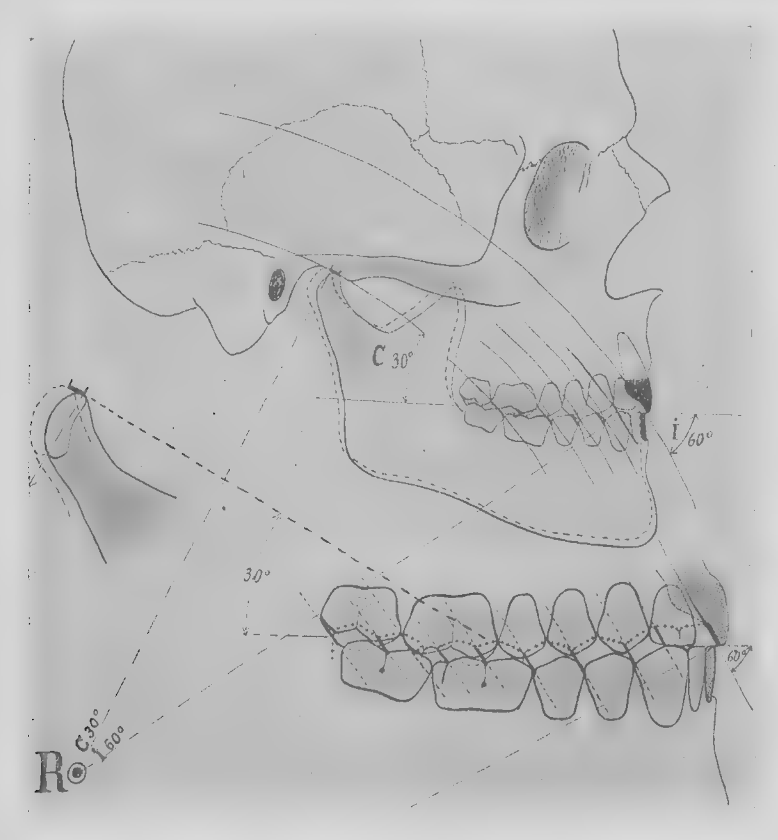


Fig. 22.

On atteint ce but d'une manière extrêmement simple en donnant aux cavités glénoïdes une inclinaison convenable et en plaçant dans la région mentonnière une surface inclinée, sur laquelle glisse une tige. Cette tige, qui conduit la partie supérieure de l'articulateur pendant les mouvements de préhension avec les incisives aussi bien que pendant les mouvements latéraux d'occlusion, dirige ces mouvements suivant l'inclinaison naturelle, ou une autre plus faible, dispositif que j'ai été le premier à appliquer lorsque j'ai ajouté à mes articulateurs la surface inclinée (fig. 11 K) dans la région mentonnière.

On voit dans la fig. 22 comment, en mordant avec les incisives, mouvement pendant lequel le trajet condylien C a une inclinaison de 30° avec le plan d'occlusion et le trajet des incisives une inclinaison de 60°, les tracés des mouvements des autres dents s'établissent d'après le centre R du mouvement de préhension des incisives et comment les molaires se placent dans la position de tubercules contre tubercules pour assurer le contact et, par conséquent, amener la stabilité de l'appareil de prothèse. (Si, par ex., un morceau de zwieback se trouve pris entre les incisives, le contact des molaires est naturellement détruit et pour assurer la stabilité de l'appareil dans une utilisation forcée comme celle-là, les incisives ne doivent pas trop faire saillie sur le bord alvéolaire, ou bien on construit à la place de la deuxième molaire un plan incliné d'Eltner qu'on peut établir en se servant d'un articulateur anatomique quelconque.)

Dans la fig. 23, je rends visibles tous ces différents centres de rotation en les situant sur les extrémités de tiges métalliques assujetties à un maxillaire inférieur et je désigne les différents trajets des condyles et des incisives par rapport à ces centres par des lignes renforcées et des lettres appropriées. Pour les différentes combinaisons des trois modes principaux de mouvement du maxillaire inférieur il se produit naturellement aussi des combinaisons des centres de rotation, ce qui rendrait la reproduction mécanique de ces derniers encore beaucoup plus compliquée.

C'est pourquoi je n'ai choisi pour mon articulateur simple que le centre des faibles mouvements d'ouverture (V. fig. 23). *Tout le reste est produit d'une manière absolument automatique par la triple inclinaison des cavités glénoïdes en avant, en bas et en dedans, ainsi que par la surface directrice dans la région du menton.*

Cette surface conductrice inclinée pour les incisives est invariable et fixée à l'inclinaison moyenne d'environ 30 degrés, déterminée par la pratique.

La nature peut se permettre dans le cas d'incisives implantées dans le maxillaire des inclinaisons des surfaces palatines allant jusqu'à 80 degrés. Le prothétiste commettrait cependant une erreur très sérieuse en voulant copier servilement la nature sur tous les points, car les dents artificielles ne sont pas implantées dans les maxillaires, mais elles reposent plus ou moins librement sur les bords alvéolaires résorbés. Elles sont par conséquent faciles à déplacer.

Si les incisives supérieures et inférieures se rencontrent par un plan fortement incliné, il se produit une résultante des pressions, dirigée très en avant, qui pousse la pièce inférieure en arrière ou la pièce supérieure en avant. *Donc, plus les bords alvéolaires supérieurs et inférieurs sont plats, moins profond et moins abrupt doit être l'entrecroisement des incisives* (fig. 24). *Dans tous les cas on doit éviter*

dans les pièces complètes une surface d'entrecroisement aussi abrupte qu'on la rencontre parfois dans la nature.

Il en est de même pour les molaires. Seuls de bons bords alvéolaires bien marqués permettent l'emploi de molaires à tubercules accentués et même lorsque leurs tubercules sont bas, les dents

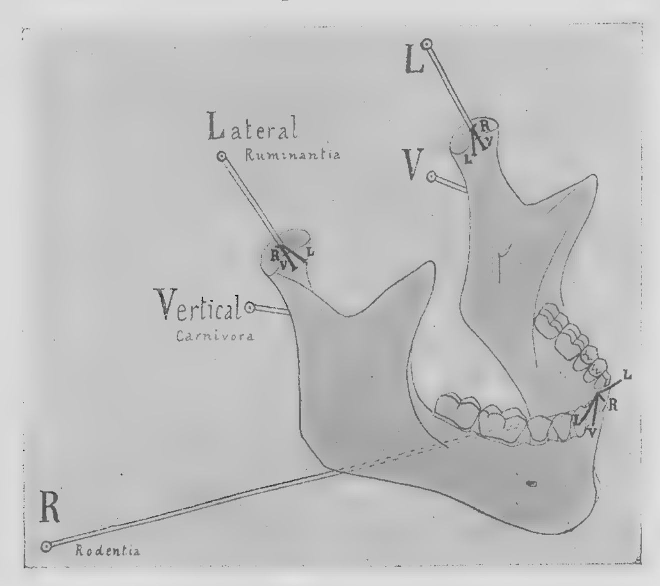


Fig. 23.

doivent être arrangées de telle façon qu'elles permettent un glissement uni et ininterrompu, ou tout au moins elles doivent permettre au porteur de l'appareil de mordre non seulement dans le plan sagittal, mais aussi de mordre un peu de côté, à gauche ou à droite.

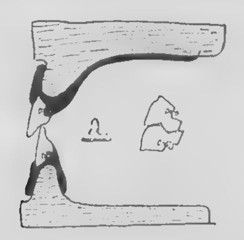
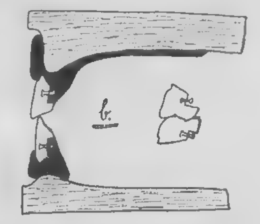



Fig. 24.

Dans tous les cas, l'entrecroisement des incisives doit être en harmonie avec la hauteur des tubercules des molaires, c'est-à-dire que les bords alvéolaires plats ne permettent que des molaires plates et peu d'entrecroisement des incisives (fig. 24 b).

Des bords alvéolaires élevés permettront des molaires à tubercules accentués et un peu plus d'entrecroisement des incisives (fig. a).

Dans ce but on peut assujettir avec de la cire sur le plan incliné de l'articulateur (fig. 11 K) un morceau de plaque métallique qui lui donne une inclinaison plus forte suivant le degré désiré d'entrecroisement d'incisives. Comme on peut conclure de ces brèves indications, chaque pièce de prothèse (fût-ce même une simple couronne d'or ou une dent à pivot) doit être construite en observant les lois de la statique et en les adaptant aux conditions spéciales de la bouche du patient dont il s'agit. La possession d'un articulateur établi sur des bases exactes n'assure par conséquent pas à elle seule la production d'appareils bien construits. Il en est de même ici que dans la photographie. Un bon appareil ne suffit pas pour faire un artiste. Il faut encore au contraire d'une part se servir de plaques appropriées au travail donné, et d'autre part posséder la connaissance des temps de pose convenant à chaque cas, etc.

Il nous manque encore, à nous autres dentistes, des dents de formes appropriées. Depuis ma première publication toutes les fabriques de dents ont bien mis sur le marché de nouvelles formes de molaires. Il ne s'agit là toutefois que d'une période de transition conduisant à des formes plus parfaites. J'espère que dans le courant d'une année il sera possible de mettre en vente les formes que j'ai établies moi-même.

Je ne veux pas répéter ici les règles à employer dans le montage des dents artificielles, car je les ai déjà souvent décrites et elles sont incorporées dans le mode d'emploi des articulateurs.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE TUNIS (Mars 1913).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

42e SESSION.

Section d'Odontologie.

Compte rendu par P. VANEL.

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Préambule. — Le départ : Marseille. — L'arrivée : Tunis, — Ouverture de la Session de l'A. F. A. S. — Excursions. — Ouverture de la Section d'Odontologie. — Discours du Président.

PRÉAMBULE.

Depuis sa fondation, l'A. F. A. S. se réunit tous les ans en un congrès qui siège en des villes différentes et souvent bien éloignées l'une de l'autre.

Ces assemblées ont un but : favoriser la réunion d'hommes de science et même des simples amis de la science ; étendre la vie scientifique à toutes les régions du pays ; décentraliser, si j'ose dire, en faveur des provinces ; réveiller et exciter tour à tour dans chacune des villes choisies l'ardeur au travail ; permettre à tous de donner le jour à leurs travaux.

Le 42e Congrès de l'A. F. A. S. avait lieu cette année à Tunis du 22 au 28 mars. Que d'attraits à la fois réunis ! Plaisir, joie, cordialité. Plaisir d'assister à des communications scientifiques du plus haut intérêt ; plaisir de la discussion entre confrères, entre camarades animés d'un même et simple désir : servir à l'avancement des sciences ; joie de se retrouver avec des amis de jeunesse que depuis l'âge d'étudiants on n'a plus revus ; que d'effusion, que de cordialité, souvent même que d'émotion ; joie enfin de vivre quelques jours en ces pays si pleins de souvenirs, en cette Afrique du Nord si attirante par son passé, si séduisante par son avenir.

Aussi, nombreux furent les congressistes qui se dirigèrent vers ces régions où règnent à la fois l'ombre, la lumière et l'azur.

LE DÉPART. — MARSEILLE.

Le départ pour Tunis ayant lieu le jeudi 20 dans l'après-midi, la plupart des congressistes arrivèrent le matin à Marseille et pour la

première fois prirent contact. A cette époque le temps était en France d'une façon générale froid et brumeux, aussi l'arrivée à Marseille fut-elle délicieuse par un beau soleil, une température douce de printemps. Ce n'était que fleurs et feuillage à Marseille, ville accueillante où tout chante et sourit ; le bonheur, la joie, l'espérance étaient, il est vrai, dans tous les cœurs. Dès le matin, Marseille présente une grande animation ; toute la ville est dehors, tout le monde est dans la rue ; dans les voies principales, à toute heure du jour, des gens de toute condition se coudoient, et marchent en flânant. Que de choses bizarres ! Que de coiffeurs, que d'hôtels, que de confiseurs, que de lieux d'aisance en boutique ; à chaque coin de rue des voitures de fleurs ; sur le trottoir de petites boutiques vertes de coquillages, ces toutes sortes de coquilles : huîtres, moules, chevis, coques, oursins que de temps en temps, on arrose d'une eau trouble. Et le vieux port, comble de bateaux et de barques, avec sur les quais une foule grouillante de portefaix de toutes nuances qui déchargent l'alfa, le blé, les citrons, les oranges. Et le vieux Marseille avec ses petites rues sales, tortueuses, puantes ; en l'air c'est le linge qui sèche, en bas, ce sont les filles en costume clair et aux chaudes couleurs. Puis la Joliette aux bassins trop petits, bondés de navires, pleins de bruits et de fumée. Mais par-dessus tout, le ciel bleu et le soleil. Quatre heures, le moment du départ approche. Un bruit de chaînes, un son de cloche, un coup de sifflet, le bateau glisse, nous sommes partis. Le ciel est légèrement couvert, la mer est calme bleu foncé, la traversée sera bonne.

La journée du lendemain fut délicieuse. Nous la passâmes à admirer la Méditerranée, les côtes de Sardaigne, les goélands qui infatigablement suivent le navire en quête de déchets : les passagers s'égaient de leur vol capricieux, de leurs cris aigus, de leurs brusques plongeons pour attraper sur la vague le morceau de pain que l'on vient de leur jeter. Tout nous charme : le sillage du navire, la mer écumeuse, d'une transparence d'un bleu si pâle, d'une clarté si attrayante, qu'on oublie tout à la regarder. C'est la couleur, la transparence des crevasses d'un glacier. Puis doucement le jour s'éteignit et au milieu du bruit monotone, calmant, berceur du navire et de l'eau, la nuit s'étoila peu à peu.

Vers quatre heures du matin, le jour se lève. A droite apparaît sous une teinte gris verdâtre une haute falaise où se montrent, clairsemées, des taches blanches ; c'est un village arabe, c'est Sidi-Bou-Saïd. Lentement nous arrivons à l'entrée du canal de la Goulette ; la colline à droite s'est abaissée ; la mer est devenue boueuse, limoneuse ; à gauche, le fond du golfe est caché par une brume légère gris perle d'où émerge seul et majestueux le pic du Djebel-Bou-Korneïn.

Bientôt nous sommes à quai et de nouveau ce sont des bruits de

chaînes, des appels, des cris, des voix rudes et gutturales étrangères à nos oreilles. Le pont est envahi de matelots, de porteurs arabes aux couleurs bariolées, de passagers. Parmi ces derniers quelques visages nous sont inconnus ; ce sont les pauvres malades du mal de mer qui remontent enfin de l'ombre et de la chaleur humide des cabines, à la lumière et à la vive fraîcheur du matin. Nous débarquons.

L'ARRIVÉE. — TUNIS.

Le comité local odontologique, constitué par plusieurs confrères tunisiens, s'est aussitôt mis à la disposition des congressistes. Plusieurs confrères vinrent même aimablement jusqu'au bateau nous souhaiter la bienvenue. Parmi les membres du comité nous relevons avec plaisir les noms de M. Wadington, Albin, Hélot, M[lle] Steiner. Voici donc Tunis, Tunis l'argentée comme disent les Arabes, la Tunis rêvée, cette ville de légende que nous avons tous tant désirée. Mais dès les premiers pas dans ce matin printanier, l'impression est mauvaise. Tout autour du port ce n'est qu'un lac marécageux, aux eaux boueuses, des maisons à rez-de-chaussée sales, puantes où grouille toute une population d'italiens et d'exotiques ; bas quartiers de la ville où les disputes et les rixes sont fréquentes, et qu'il faut traverser pour arriver enfin au quartier européen, avec la belle perspective de l'Avenue de France, toute pleine de verdure et de palmiers.

Après une installation rapide nous nous retrouvons vers 8 heures à la porte de France. Quelle animation ! C'est un défilé incessant, serré, d'une foule extraordinaire d'arabes en burnous blancs, de juifs en veste et culotte bouffantes, aux gros mollets, de nègres superbes, de petits cireurs qui vous assaillent, de marchands de nougats ou de fleurs, d'enfants presque nus, de tunisiens habillés à l'européenne ne portant plus que la chéchia, de soldats, chasseurs au shako qui rappelle Louis-Philippe, zouave, turcos, soldats du bey qui tous ont l'air pour le moins d'officiers ; des hommes, des enfants haillonneux, maigres, crasseux ; des marchands de pâtisseries arabes écœurantes ; de petits bourricots secs, havres, chargés de primeurs ou de laitage ; de tombereaux arabes peints, de trains électriques modernes. Seule parmi tout ce monde une femme indigène traverse la place, c'est une masse toute blanche, à la démarche lourde, grotesque mais, silencieuse dont la physionomie est cachée par un voile noir. Et tout ce peuple remue, bavarde avec des voix dures ou zezayantes ; voix d'arabes ou d'italiens. J'entends peu parler français, l'italien domine. J'ai même durant mon séjour constaté avec regret, que de Bizerte à Hamamellef, les Italiens en grand nombre, occupent presqu'à eux seuls le territoire de la régence et détiennent tous les corps de métiers : ouvriers agri-

culteurs, marchands, boutiquiers, odontologie, pharmacie, médecine, barreau.

De la porte de France, il suffit de faire quelques pas et on arrive dans le quartier arabe et dans les souks par des rues étroites, malpropres où les marchands de toutes sortes alternent et se coudoient : marchands d'épices, de primeurs, bouchers, brocanteurs, marchands de friture, de parfums, de cuir, de tapis. Quelle odeur, c'est un mélange de parfum suave, d'une finesse exquise de jonquille, de rose et de jasmin, avec des odeurs de boucs, de beignets frits et de cave humide.

Les souks, sont les bazars arabes, situés dans de véritables échopes plus ou moins riches, dans des ruelles qui montent vers la Kasbah, aux voûtes de pierres blanches et aux toits de planches disjointes qui laissent passer çà et là quelques rayons de soleil. C'est le charme des yeux par toutes les nuances, la richesse des couleurs chatoyantes, amoncelées là et par le clair obscur du milieu.

Ouverture de la session de l'A. F. A. S.

Le samedi 22 mars à 3 heures avait lieu l'inauguration solennelle du Congrès au Théâtre municipal en présence de M. le Résident général de France et du représentant de S. A. le Bey. Ce théâtre est une grande et spacieuse construction moderne et bien avant l'heure d'ouverture on pouvait y voir une assistance aussi nombreuse que choisie. La scène était transformée en estrade et très habilement décorée de fleurs et de plantes vertes. A l'arrivée de M. le Résident général de France, de son altesse le prince Moucef Bey, de M. Haug, président du Congrès, du premier ministre et du ministre de la plume, des membres du bureau du Congrès et des présidents de sections, ainsi que des nombreuses notabilités civiles et militaires, la musique des zouaves fait entendre la Marseillaise et l'hymne beylical. Puis la séance étant déclarée ouverte, la parole est donnée à M. Charléty, directeur général de l'enseignement, président du comité local, qui souhaita la bienvenue aux congressistes dans un discours remarquable où les belles périodes oratoires, les sentiments exprimés et la péroraison furent à maintes reprises vivement applaudis. Et tour à tour M. le président de l'Association, M. le secrétaire, M. le trésorier parlèrent de cette belle institution qu'est l'association pour l'avancement des sciences et en indiquèrent la marche et la situation financière. Avant de lever la séance au milieu des applaudissements de l'assistance M. le président donna lecture de l'attribution des médailles d'honneur de l'Association. Vers cinq heures cette séance d'ouverture qui obtint un très grand succès était terminée et les congressistes par une belle fin d'après-midi et une température exquise se dispersèrent pour visiter la ville et les environs.

Excursions.

Le dimanche 23 était réservé aux excursions. Dès 8 heures du matin la plupart des congressistes se trouvèrent réunis à la porte de France et par le train gagnaient le Bardo. Pendant quelques kilomètres, c'est une suite de jardins tout fleuris, d'arbres fruitiers blancs et roses et de palmiers, des champs touffus de trèfle et de luzerne en fleurs, dominés par la majesté du fameux aqueduc qui apportait à Carthage les eaux du Zahhouan : ses ruines courent à travers la campagne tunisienne, arcades et gros piliers à reflets roses brisés çà et là, soit qu'ils se soient éboulés, soit qu'ils aient été volontairement détruits au-dessus des routes et des voies ferrées. Le Bardo, ancienne résidence des beys de Tunis, ne présente plus d'intéressant que son jardin, les appartements beylicaux où l'on accède par l'escalier des Lions et le musée Alaoni le plus important et le plus remarquable des musées archéologiques. Il possède des mosaïques de toute beauté, des statues romaines et des souvenirs admirables de l'époque carthaginoise. Un musée arabe, petit, mais charmant, où l'on a réuni quelques objets d'art, des meubles, des tapis, est tout à fait caractéristique et intéressant comme étude de la construction et de l'ameublement des maisons musulmanes.

L'après-midi nous partîmes visiter Carthage. L'âme toute pleine de réminiscences classiques, nous parcourûmes avec émotion toute la colline de Byrsa, sur laquelle était construite Carthage. Quelle déception ! De cette cité grandiose et fameuse qui fit trembler Rome et le monde ancien, il ne reste rien ou presque rien : de l'époque punique quelques tombeaux, de l'époque romaine des vestiges d'amphithéâtre, d'Odéon, de villas. C'est que tour à tour Romains, Vandales, Berbères, Arabes pillèrent et détruisirent la ville. Et sans l'extrême obligeance et les lumineuses explications des pères blancs et de M. Merlin qui un instant firent revivre à nos yeux toutes ces ruines, on aurait pu se demander si là vraiment avait existé une ville et s'était développé une civilisation si puissante. Mais parmi ces ruines, ces quelques pierres rassemblées par la sollicitude des archéologues dans cette campagne embaumée, Carthage a gardé tout son charme. De ses hauteurs la vue est merveilleuse, captivante, reposante. C'est un panorama aux teintes enchanteresses. A nos pieds l'ancien port carthaginois ; là-bas le golfe paisible, bleu, le lac gris aux rives lointaines d'où s'élèvent en amphithéâtre les collines et les montagnes aux sommets bleutés, roses et gris cendrés ; Monts de Korbous, Bou Kornine, Reças, Mornak et Zahhouan.

D'autres excursions avaient été organisées. Le lundi, à l'Institut Pasteur et à l'Ecole coloniale d'Agriculture, au Jardin d'Essais où sont tentées toutes les cultures susceptibles de réussir en Tunisie et

qui se présente sous l'aspect d'un très beau jardin ombragé. Au belvédère, parc superbe situé sur une colline dominant la ville, avec des routes carrossables et des sentiers sous bois qui en font une promenade ravissante d'où l'on peut admirer un panorama splendide sur Tunis et les environs. Dans ce parc du Belvédère se trouvent deux petits monuments arabes, la Mida et le pavillon de la Manouba d'une architecture originale, en plâtre taillé, très fine et intéressante.

Le mardi il y avait excursion à Sidi-Abdallah Bizerte ou Korbous. Korbous est une station thermale connue des anciens, située à une cinquantaine de kilomètres de Tunis. Elle se présente dans un cadre pittoresque et sauvage de montagnes ; tache blanche, éblouissante entre le bleu de la mer et le gris rosé des Monts Korbous. Une route en corniche qui surplombe le golfe y conduit dans un panorama merveilleux ; un dernier tournant nous découvre la station, quelques cubes blancs blottis au fond d'un ravin étroit, véritable fissure au bord de la Méditerranée.

Les promenades en montagne ou le long de la mer sont charmantes dans le grand calme de ce site sauvage et inoubliable.

La grande excursion dans le Sud Tunisien allait par Sousse à Kairouan la ville sainte, Sbeitla l'ancienne suffetula avec ses admirables ruines romaines, Metlaoui et ses mines de phosphates, les gorges de la Seldga à l'aspect sauvage et saisissant, l'admirable Oasis de Tozeur, fertile, luxuriante où l'on peut prendre contact avec le désert, l'Oasis de Gafsa qui est également une des plus belles de tout le Sahara, Sfax, Eldjem et son majestueux amphithéâtre, masse gigantesque de pierre dont l'aspect produit une profonde impression de grandeur.

Le voyage est long et lent pour gagner le Sud Tunisien, à travers une région plate, à l'aspect de dunes. C'est un paysage invariable et motonone de friches, le bled, de forêts d'oliviers, de haies de cactus et tout cela tour à tour pendant des jours et des nuits et des centaines de kilomètres. Parfois au loin apparaissent des montagnes gris perle, si pâles, si blêmes dans un scintillement de soleil, qu'elles semblent une brume légère qui au matin s'envole au loin, adorable mais dangereux pays qui permet d'oublier.

Kairouan est une ville curieuse et captivante car elle a conservé son cachet arabe. De sa masse blanche s'élève un grand nombre de coupoles et de minarets. Elle est intéressante par ses mosquées, les seules que les Roumis peuvent visiter, ses remparts, ses murailles, ses tours qui lui donnent un caractère de château-fort du moyen âge, ses souks, ses tapis, son marché en plein air.

Sousse est bâtie en amphithéâtre et offre comme attrait ses catacombes chrétiennes, ses jardins ; véritable oasis où l'eau chante au milieu des fleurs et de la verdure ; sa ville arabe complètement en-

tourée de hautes murailles crénelées, flanquées de tours et percées de portes monumentales, à l'ombre desquelles à l'heure du soleil, reposent et sommeillent accroupis arabes et chameaux ; ses souks, sa casbah où le 4e tirailleurs conserve dans sa salle d'honneur de magnifiques mosaïques, des vases antiques de grande beauté et des trophées conquis à l'ennemi.

Des fenêtres de cette salle d'honneur et de la plate-forme du phare on jouit d'une vue admirable ; la ville toute belle et toute blanche sous la clarté lumineuse du soleil dégringole en cascade jusqu'à la mer bleue qui s'étale à nos pieds à l'infini. Le soir, le soleil descendu sur l'horizon, à l'heure de la promenade, nous montons à travers la ville arabe par une ruelle raide et tortueuse dont chaque marche nous rapproche de la porte de Tunis. Çà et là accroupies le long des murs, recouvertes de haillons, se tiennent des formes humaines, à la figure épouvantable où les yeux sont remplacés par une masse glauque, quelquefois suppurante, et qui d'une voix monotone, plaintive mais caressante, récitent des versets du coran ou demandent l'aumône ; ce sont de misérables aveugles qui font à la fois horreur et pitié.

A la porte de Tunis il y a rassemblement autour d'un charmeur de serpent, grand arabe, sec, aux cheveux tressés, qui d'une voix toujours semblable et rauque cause à ses bêtes pendant que deux ou trois compères accroupis jouent d'une musique languissante et répondent par quelques syllabes à ses contes. Le charmeur a l'œil à la fois sur ses bêtes et sur son auditoire : il tient dans sa main un tambourin pour accompagner la musique, recouvrir ses bêtes et dont il se sert enfin comme sébile. Autour c'est une foule attentive et souriante d'arabes ravis, d'enfants, d'étrangers avec leurs appareils photographiques, de soldats, et les sous tombent dans le tambourin. Sous la porte, un convoi de chameaux, qui sort, défile lentement, tandis qu'au lointain, au camp des tirailleurs, retentit une sonnerie de clairons dont les notes vives viennent rappeler à notre âme captivée et charmée, la France vers laquelle il nous faut revenir.

Ouverture de la Section d'Odontologie.

Le lundi 24 mars réunion de la Section d'Odontologie au lycée à 8 h. 1/2 du matin.

Assistent à la séance MM. Godon, Pont, Barden, Vichot, Nux, Zimmermann, Audy, Kelsey, Albin, Wadington, Soulard, Saguet, Houdié, Morche, Vanel. De nombreux confrères ont envoyé leurs excuses et leurs regrets de ne pouvoir assister au Congrès.

La séance déclarée ouverte le bureau est ainsi constitué :

Présidents d'honneur : MM. Godon (de Paris) et Pont (de Lyon).

Président : M. Barden (Paris).

Vice-présidents : MM. Vichot (de Lyon), Nux (de Toulouse).

Secrétaire : M. Vanel (de Paris).

M. Barden, président de la Section au 43e Congrès, prononce alors le discours suivant qui reçut de nombreuses marques d'approbation et fut chaleureusement applaudi.

DISCOURS DU PRÉSIDENT.

Mes chers Confrères,

Permettez-moi d'abord de vous remercier de m'avoir choisi pour présider cette année aux travaux de la Section d'Odontologie. Alors que bon nombre de mes prédécesseurs ont eu la tâche ingrate de préparer des réunions dans des villes souvent dépourvues d'attrait ou dans des contrées aux horizons peut-être trop familiers, j'ai eu la bonne fortune sans qu'il m'en coûtât aucune peine de voir en quelque sorte se former d'elle-même une section qui est encore une fois une des plus nombreuses de notre grande association. Il a suffi à quelques-uns d'entre vous, de voir en une nuit de songe, flotter sous le ciel bleu de la terre d'Afrique, le drapeau rouge au croissant blanc pour que, pris d'une sainte ardeur, vous accouriez vous ranger à mes côtés pour cette pacifique croisade de la science. Qu'Allah soit donc remercié pour cette faveur, insigne qu'il me fit en me choisissant pour votre chef, mais aussi son prophète, mon excellent ami Soulard, notre si aimable président de Nîmes qui sait tout le mérite terrestre de ce choix.

Messieurs, un premier devoir m'incombe, celui de saluer en votre nom les délégués de nos sociétés et les représentants de la presse professionnelle.

M. Pont, directeur et représentant de l'École dentaire de Lyon, M. Vichot, délégué de la Société d'Odontologie de Lyon, M. Soulard, représentant *la Province dentaire,* M. Audy, délégué de la Société d'Odontologie de Paris, M. Morche, représentant le *Journal Odontologique de France,* M. Vanel, représentant le journal *L'Odontologie,* M. Zimmermann, représentant le journal *Le Laboratoire.*

MM. Albin et Wadington, les dévoués membres du Comité local tunisien, et aussi tous les fidèles de nos Congrès, la garde : MM. Nux, Houdié, Kelsey...

Messieurs, vous devez être étonnés de ne pas avoir encore entendu, dans cette énumération courtoise, le nom d'un confrère qui nous est cher à tous. Rassurez-vous, car si c'est en dernier lieu que je salue en mon nom personnel et en votre nom à tous, le président d'honneur de notre section M. Godon, représentant l'École dentaire de Paris, c'est que j'estime que nous lui devons cette année plus qu'un simple salut au passage. Cette année, plus que jamais, nous avons le devoir dans cette section de la grande association créée par ses soins de le féliciter hautement. La Section d'Odontologie a en effet l'honneur de posséder en M. Godon, le lauréat de la plus haute récompense qui puisse être décernée à un dentiste par ses pairs de tous les pays, le prix international Miller, ce prix Nobel de l'Odontologie. Aux tributs d'hommages qui lui sont venus d'Europe, d'Asie, d'Amérique n'était-il pas légitime d'y répondre en y joignant aujourd'hui le salut de la terre d'Afrique. Ce devoir rempli qu'il me soit permis de vous rappeler que plus que jamais se trouve légitimée ici la poussée qui a présidé à la création de cette section, montrant partout que le dentiste travaille, qu'il prend sa part des progrès accomplis autour de lui et qu'il y contribue dans la mesure de ses moyens. Et ceci afin que ne lui soit plus contesté son droit à la vie et que lui soit conféré enfin sa charte d'autonomie selon la formule qui nous est chère.

Laissez-moi, messieurs, terminer sur ce vœu en réclamant toute votre indulgence, pour ce président un peu inexpérimenté que vous vous êtes choisi et qui a seulement pour excuses à l'honneur d'aujourd'hui un égal dévouement à la science et à l'Odontologie. *(Applaudissements.)*

(A suivre).

SOCIÉTÉ DENTAIRE DE L'ÉTAT D'ILLINOIS

49e réunion annuelle (mai 1913).

Compte rendu, par Albert Heïdé[1].

La 49e réunion annuelle de la Société dentaire de l'Etat d'Illinois a eu lieu à Péoria, les 13, 14, 15, 16 mai 1913.

Péoria est une petite ville de 50.000 habitants qui se trouve à 3 h. de Chicago. Un train spécial nous y conduisit directement le 13 mai.

Le discours de bienvenue aux 500 dentistes réunis dans la grande salle du Worman's Club fut prononcé par le maire de Péoria M. Woodruff. Ensuite les communications ont été faites par M. H. G. Logan, qui a parlé des *infections chroniques buccales, de leurs rapports avec les dents et leur traitement* ; par R. L. Graber, de Péoria, sur l'*Esthétique et la prothèse dentaire* ; par M. R. Horned, de Rockford, qui a parlé de l'*Art dentaire sans douleur.* L'auteur s'est étendu beaucoup sur l'analgésie produite au moyen d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène pour la préparation des cavités, l'extirpation de pulpe, etc... Je dois dire qu'un grand nombre de dentistes de Chicago emploient cet appareil et j'en ai personnellement fait l'épreuve moi-même. M. Bliss, de Chicago, m'a préparé une carie du collet sur la 2me molaire inférieure, carie que tous les dentistes reconnaissent comme très douloureuse. Grâce à l'analgésie obtenue avec le Az^2O je n'ai ressenti aucune douleur. En me levant du fauteuil si redouté des patients, je n'ai eu ni étourdissement ni nausées et je me suis bien promis que si jamais j'avais besoin de me rasseoir dans un tel fauteuil, je referais volontiers le voyage de Chicago.

M. C. N. Jahison a prononcé un grand discours au théâtre de Péoria. Tous les enfants des écoles y assistaient. Après un film cinématographique amusant et instructif, il s'est surtout adressé aux enfants et avec son grand talent d'orateur joint à sa grande réputation, il a sûrement frappé l'esprit de tous les collégiens.

M. D. D. Smith, de Philadelphie, a clos les présentations le jeudi, l'après-midi et le soir, en parlant de la prophylaxie, de son importance et de sa place en art dentaire. Il a été argumenté par MM. D. Black, de Chicago et Krams, de Chicago, à qui répondit M. M. Gallié.

Le soir il a parlé des abcès dentaires et de la pyorrhée buccale.

---

1. M. Albert Heïdé, qui est à Chicago en ce moment, a bien voulu nous adresser le compte rendu de cette réunion, que nous sommes heureux de publier.

Ses idées très personnelles ont été très discutées par J. P. Buckley, de Chicago, qui, en se basant sur des données scientifiques, a essayé de combattre ses théories. Malheureusement pour nous M. Smith n'a pas voulu répondre se sentant trop fatigué. MM. Logan et Brophy l'ont remercié de ses présentations intéressantes.

Entre temps, le mercredi et le vendredi, des cliniques très intéressantes ont été faites, mais que je me borne à signaler. Le skating-rinck, qui se trouve dans toute ville américaine se respectant un peu, avait été transformé en hall pour l'exhibition de toutes les nouveautés en instrumentation dentaire.

HYGIÈNE

MÉMOIRE RELATIF A LA CONSTRUCTION D'UN ÉDIFICE POUR LA COMMISSION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE DENTAIRE PUBLIQUE

Par le Prof. JESSEN (Strasbourg).

L'importance d'une hygiène buccale rationnelle pour la santé de tout le corps n'a été reconnue que très récemment. Comme tous les mouvements grands et importants se sont développés après des commencements insignifiants en apparence, de même l'introduction de l'hygiène de la bouche eut à surmonter de grandes difficultés, avant que son influence sur la santé de l'homme fût universellement reconnue.

La première école dentaire du monde fut fondée à Baltimore (Etats-Unis) en 1839. Cet exemple resta d'abord unique. Ce n'est que depuis 1863 que d'année en année de nouveaux collèges s'élevèrent dans l'Amérique du Nord, de sorte que maintenant leur nombre s'élève à soixante.

C'est à peu près à la même époque du siècle dernier que commencèrent aussi en Allemagne les premières tentatives faites pour ranger l'hygiène dentaire dans les organisations qui servent à la santé nationale. En 1861, la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands décida, dans son assemblée annuelle à Dresde, d'instituer un prix pour le meilleur exposé sur les soins des dents et de la bouche. Le travail de M. Süersen sur ce sujet, couronné bientôt, fut traduit dans presque toutes les langues. Ce travail fut suivi par nombre d'autres.

Dans tous les pays commença alors l'époque des lumières théoriques, que suivirent bientôt des recherches statistiques sur l'état des dents des élèves des écoles primaires. Les résultats de ces enquêtes étaient terribles. Ils furent publiés dans la Grande-Bretagne en 1890, car dans ce pays-là les premiers dentistes scolaires avaient déjà été placés officiellement. Il fut prouvé que 77 — 95 % de tous les enfants des écoles primaires souffraient de maladies des dents.

De plus mauvais résultats encore se montrèrent en Suède, où, en 1895, 86 — 100 % de maladies des dents furent constatés. Les Etats-Unis publièrent leurs résultats en 1899 avec 92 %, et la Suisse en 1900 avec 90 — 100 %. Les autres Etats fournirent de semblables résultats.

Toutes ces recherches eurent pour conséquence que l'hygiène dentaire devint plus appréciée. Après qu'en 1887 Hillischer à

Vienne eût fait la proposition d'introduire l'hygiène dentaire scolaire en Autriche, Ritter, à Berlin, demanda en 1894, dans la Société de médecine interne, que les soins des dents et de la bouche fussent plus observés au profit de la population.

En Allemagne, les publications des résultats statistiques avaient déjà commencé en 1890 par Röse, à Fribourg, et pendant les années qui suivirent elles eurent lieu dans toutes les villes.

Pendant ce temps en Alsace j'avais, dès 1888, commencé par traiter les élèves des écoles et des soldats gratuitement. C'est la voie conduisant de la théorie à la pratique. Au Hanovre, la Société des Dentistes fit en même temps un arrangement semblable à l'instigation de Kühns.

C'est par voie de conséquence naturelle que plus tard, sans compter Darmstadt, la première clinique dentaire scolaire fut fondée à Strasbourg.

En 1900 fut fondée à Paris, à l'instigation de M. Godon, la « Fédération dentaire internationale » pour l'avancement de la science dentaire. Aujourd'hui cette association s'étend sur plus de vingt-trois Etats du monde civilisé. En 1902 elle forma à Stockholm une Commission d'hygiène. De cette dernière provint, en 1909, la Commission Internationale d'Hygiène dentaire publique qui a pour tâche d'éclairer la population sur l'importance de l'hygiène dentaire, de gagner les Administrations des différents pays au mouvement, d'introduire l'hygiène dentaire pratique, de mettre en bonne voie l'établissement de cliniques dentaires de toutes sortes.

Cette Commission Internationale d'Hygiène dentaire publique comprend les comités nationaux de vingt-deux pays, qui furent déjà formés lors du Ve Congrès dentaire international à Berlin. Ce sont les Etats-Unis, Cuba, les îles Philippines, l'Allemagne, l'Angleterre, la France, la Belgique, la Hollande, l'Autriche et la Hongrie, l'Italie, la Russie et la Finlande, la Suède, la Norvège le Danemark, la Suisse, l'Espagne, le Portugal, le Luxembourg, le Mexique, le Japon.

De ces comités nationaux on forma, dans les différents pays, des associations nationales, composées non seulement de dentistes, mais aussi d'administrations, de corporations, et de personnages de toutes les conditions.

En Danemark le roi Frédéric VIII accepta le protectorat de ces associations nationales, après lui le roi Christian X, en Hollande la reine-mère Emma. En Russie, en Italie et en Autriche d'autres hauts protectorats sont en vue. Le roi Gustave V de Suède a accepté le protectorat général du Comité International d'Hygiène dentaire, qui en 1912 a nommé un Comité royal d'hygiène de la bouche, après que l'hygiène dentaire scolaire avait déjà été introduite dans presque toutes les villes de la Suède.

Ces dernières années le mouvement revêtit un caractère économique. Les *Archives internationales d'hygiène dentaire publique*, organe officiel du Comité international, montrent dans le troisième fascicule (page 22 et s.) que par exemple l'Allemagne, par suite d'une hygiène buccale imparfaite, perd plus de 250 millions de francs nationaux, quoique environ 200 cliniques dentaires scolaires aient été installées dans ce pays, et que le Comité central allemand, fondé à Berlin, contribue puissamment à l'introduction d'hygiène dentaire.

Reconnaissant cette importance économique, la société s'est enfin occupée de l'hygiène de la bouche. En Allemagne, des établissements nationaux d'assurance et des caisses de secours en cas de maladie ont placé de grands capitaux dans des cliniques dentaires publiques pour leur propre usage. La maison Krupp, d'Essen, a établi un dispensaire dentaire public pour ses ouvriers, ses employés et leurs familles. Une clinique dentaire scolaire a été établie par la même maison à Bensdorf en Autriche. Les dispensaires dentaires pour les élèves des écoles primaires de Berlin sont de même en grande partie des établissements de bienfaisance.

Aux Etats-Unis la plus grande clinique dentaire scolaire du monde, la Forsyth Dental Infirmary, doit sa fondation à un don des frères Forsyth, s'élevant à 2.500.000 francs.

Maintenant le champ d'activité de la Commission internationale d'hygiène dentaire publique s'étend sur tout le monde civilisé. L'idée pour laquelle elle travaille a eu des débuts très restreints, comme l'idée de paix universelle. Elle a mené à l'établissement d'organisations nationales, et maintenant il lui faudrait, ainsi qu'à l'idée de paix, un centre dirigeant et augmentant son action.

L'idée de paix a pu trouver un bienfaiteur de l'humanité en M. Carnegie, qui, lui, a créé une demeure permanente et un centre dans le Palais de la Paix qui sera inauguré à la Haye en 1913. L'hygiène dentaire qui, quant à son importance, ne le cède en rien aux efforts faits par la Croix-Rouge et à la lutte internationale contre la tuberculose, a besoin d'un fondateur qui, convaincu de l'importance de son aide, lui fasse construire une maison, qui serait peut-être le plus convenablement établie à la Haye, centre international de toutes les aspirations de civilisation.

Il faudrait que cet édifice contînt un bureau pour la Commission internationale d'hygiène dentaire publique, une salle de séances, une salle de conférences, des laboratoires scientifiques, une salle Roentgen, une salle d'archives, une bibliothèque, et une salle pour des collections, de plus, une clinique dentaire modèle — en un mot tout ce qui pourrait être important pour l'hygiène de la bouche au point de vue scientifique et pratique.

(*Deut. Zahn. Zeit.*, n° 7, 1913.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

INAUGURATION DU MONUMENT CLAUDE MARTIN

Le dimanche 29 juin a eu lieu à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, aux environs de Lyon, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de notre éminent confrère Claude Martin, à la suite de la souscription ouverte le jour de ses obsèques et dont une partie, augmentée d'un don de la famille, servira à constituer un prix triennal qui sera décerné par l'Académie de médecine.

C'est dans le petit cimetière de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, pays où Claude Martin avait sa maison de campagne, dans un paysage splendide dominant toute la région, que s'élève le monument composé d'une stèle de pierre sur laquelle se détache un haut relief en marbre reproduisant le buste du créateur de la prothèse immédiate. Ce monument, commencé par Pierre Aubert, qui mourut avant d'avoir pu le finir, fut terminé par M. Grange.

Auprès du monument se tenait la famille, représentée par Mme Claude Martin, son fils Francisque Martin, sa belle-fille et ses petits-enfants, auprès desquels s'étaient groupées une foule de notabilités parmi lesquelles nous citons : M. le Dr Julien Tellier, président du Comité ; les professeurs Aug. Pollosson, Garel, Lannois, Doyon, Morat, Testut, Nicolas, Weil, Pollet, Drs Gros, Mouisset, Bret, médecins des hôpitaux ; Tixier, chirurgien des hôpitaux ; Condamin, Durand, Dor, Michaud, Camille Tellier, Lamante, Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, Dr Vichot.

MM. les Drs Sauvez, représentant la Société des Dentistes des hôpitaux de Paris ; Roy, représentant l'Ecole dentaire de Paris, l'Association générale syndicale des Dentistes de France et la Société d'Odontologie de Paris ; Béal, de Lille, Rabatel, secrétaire général des Hospices civils de Lyon et nombre de dentistes lyonnais.

Suivant le désir exprimé par la famille, la cérémonie eut un grand caractère de simplicité et deux discours seulement furent prononcés, l'un par M. Vial, adjoint au maire de Lyon, l'autre par M. Julien Tellier, président du Comité du monument.

Au nom de la municipalité lyonnaise, M. Vial, adjoint au maire, a associé la ville de Lyon à l'hommage respectueux, au témoignage de reconnaissance et d'admiration rendus à la mémoire du Dr Claude Martin. Sans vouloir rappeler l'œuvre scientifique accomplie par lui, il a souligné les qualités de cœur du savant et de l'homme de bien que ses amis ont tenu à honorer en cette touchante circonstance :

Bien que né à Saint-Etienne, dit-il, la ville de Lyon peut le reven-

diquer comme l'un des siens ; il y a acquis droit de cité, car c'est à Lyon qu'il donna le meilleur de son temps et de son intelligence. D'origine modeste, il quitta l'école à dix ans et demi ; par son travail opiniâtre, il parvint à une situation enviée dans le monde scientifique. Dentiste de l'école lyonnaise en 1874, il fut reçu docteur en médecine à l'âge de cinquante ans.

Ses travaux furent remarquables ; dans la construction de ses appareils, s'affirmèrent la science du technicien et l'habileté de l'artiste. Il a composé de nombreux ouvrages couronnés par l'Académie de médecine ; il ne fut pas seulement un savant, mais un homme de bien et un modeste dont la bonté était extrême.

M. Vial salue la mémoire de ce bon ouvrier qui a consacré toute sa vie au service du progrès scientifique.

M. Julien Tellier succède à M. l'adjoint Vial et ses premières paroles sont pour remercier la municipalité lyonnaise et son interprète au nom du Comité du monument. A Mme Claude Martin et à sa famille, il exprime ses sentiments de respect.

Du produit de la souscription ouverte auprès des amis et des disciples du maître disparu, deux parts ont été faites: l'une servira à constituer un prix triennal qui sera dévolu par l'Académie de médecine ; l'autre à contribuer à l'érection du monument dont le sculpteur Aubert conçut l'idée et qui a été achevé par le sculpteur Grange.

M. Tellier résume les travaux de Claude Martin qui, toute sa vie, dit-il, est resté un dentiste et qui a atteint le niveau de l'art chirurgical le plus élevé.

Il a bien mérité de sa profession, de sa cité et de son pays. Il restera ce qu'il a été dans toute la force du terme : « Un maître ».

A l'issue de la cérémonie, Mme Claude Martin et sa famille recevaient à déjeuner, aux Greffières, un grand nombre de personnes qui avaient participé à l'hommage rendu à la mémoire de cet homme de bien dont la vie, tout entière consacrée au progrès de son art et au soulagement de la misère humaine, restera un bel exemple pour les générations à venir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Examens de chirurgiens-dentistes.

Les examens de validation de stage viennent de se terminer à Paris et les résultats ont été particulièrement brillants pour les élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

Les résultats généraux ont donné, sur 108 candidats, 67 validés. L'Ecole dentaire de Paris compte sur ce nombre 38 candidats et 28 validés, soit une moyenne de 75 %, alors que les candidats étrangers à cette école, au nombre de 70, comptent 39 validés, soit 55 %.

La meilleure note obtenue pour l'ensemble des épreuves est de 85 points sur 100; elle a été donnée à M. Deschamps, élève de l'Ecole dentaire de Paris.

En ce qui concerne l'examen de fin de première année de scolarité (nouveau régime), sur 30 candidats provenant de l'Ecole dentaire de Paris, 24 ont été reçus, soit 80 %.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

RÉDUCTIONS ET EXEMPTIONS D'IMPOTS

Les dentistes et la demi-taxe. — Les voyageurs de commerce. — Les remises d'automobiles et la taxe sur l'habitation. — Voitures appartenant a des fonctionnaires : conditions d'exemption.

Les dentistes n'ont vraiment pas de chance, on en conviendra ! En effet, les docteurs en médecine, les officiers de santé et les médecins vétérinaires ont, aux termes de la loi du 11 juillet 1899, droit à la demi-taxe pour les voitures automobiles qui servent à l'exercice de leur profession ; les dentistes doivent, au contraire, payer la taxe entière, *alors même qu'ils sont pourvus du diplôme de docteur en médecine.* Ainsi en a décidé le Conseil d'Etat par l'arrêt suivant, rendu le 1er avril 1912 :

« Considérant que l'article 4 de la loi du 11 juillet 1899 dispose que les voitures qui sont habituellement employées pour le service d'une profession donnant lieu à l'application du droit de patente seront imposées à la demi-taxe, il exclut de ce bénéfice les professions rangées dans le tableau G annexé à la loi du 18 mai 1850 et dans les tableaux annexés aux lois de patentes subséquentes ;

» Considérant que la profession de chirurgien-dentiste est rangée dans ces tableaux d'après la loi du 18 mai 1850 ainsi que d'après la loi du 15 juillet 1880 ; que, d'autre part, elle ne figure pas parmi les professions limitativement énumérées auxquelles l'article 4 de la loi du 11 juillet 1899 accorde le bénéfice d'une réduction de taxe.

» Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur G..., bien que pourvu du diplôme de docteur en médecine, n'exerce en fait que la profession de chirurgien-dentiste et que, dès lors, il ne saurait bénéficier de la réduction de taxe accordée par l'article 4 de la loi précitée du 11 juillet 1899 aux médecins, officiers de santé et médecins-vétérinaires ; que dès lors c'est à tort que le Conseil de préfecture a estimé que la possession du diplôme de docteur en médecine conférait au sieur G... le bénéfice du demi-droit prévu par le dernier paragraphe de l'article 4 de la loi du 11 juillet 1899... »

J'avoue que je ne comprends pas du tout cet arrêt. Un dentiste n'a pas droit à la demi-taxe, soit ; la loi de 1899 a cru devoir lui refuser cette faveur, ainsi d'ailleurs qu'aux architectes, avocats, avoués, agréés, commissaires-priseurs, greffiers, huissiers, notaires, référendaires au sceau, chefs d'institution. Mais si ce dentiste est pourvu du

diplôme de docteur en médecine, il doit au contraire, à mon avis, bénéficier de la demi-taxe, puisque la loi de 1899 l'accorde aux docteurs en médecine. Le *distinguo* que veut faire le Conseil d'Etat n'est pas admissible.

En revanche, j'approuve complètement un arrêt du 31 janvier 1912, qui a refusé de faire bénéficier de la demi-taxe un contribuable qui avait bien exercé *en fait* la profession de voyageur de commerce, mais sans avoir été patenté en cette qualité.

Mentionnons enfin un arrêt rendu le 9 février 1912 par le Conseil d'Etat et duquel il résulte :

1° Qu'aucune loi applicable à l'Algérie n'accorde aux médecins une réduction des prestations auxquelles peuvent être soumis les propriétaires d'automobiles;

2° Qu'au cas où le tarif de conversion des prestations établi par le Conseil général prévoit deux taux, l'un visant les voitures de luxe, l'autre les voitures faisant un service public, toute voiture qui n'assume pas un service public doit être rangée parmi les voitures de luxe.

(*La Vie automobile*, 21 juin 1913.)

JEAN LHOMER,
Avocat à la Cour d'appel de Paris.

NÉCROLOGIE

Notre confrère et collaborateur, M. Jules Choquet, qui a perdu récemment son père, vient d'être frappé à nouveau dans la personne de sa mère, décédée le 26 juin à l'âge de 81 ans.

Nous adressons à M. Choquet l'expression de toute notre sympathie pour ces deuils répétés, avec nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Banquet.

A l'occasion du passage à Paris de notre confrère et collaborateur, M. Eudore Dubeau, doyen du collège de chirurgie dentaire de Montréal (Canada), les membres du Bureau de la F. D. N. ont organisé en son honneur un dîner amical qui a eu lieu le jeudi 26 juin, à 7 h. 1/2 du soir à l'Hôtel Terminus.

De nombreux confrères assistaient à ce dîner, ainsi que MM. Roy, commissaire général du Canada, et Ph. Hébert, un des sculpteurs les plus distingués du Canada.

Des toasts ont été portés par MM. Godon, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, Blatter au nom de la F. D. N. et de l'A. G. S. D. F., Levett, au nom de l'*American Dental Club of Paris*, Ferrand, au nom du Cercle odontologique, Roy, au nom de *L'Odontologie*, Smadja, au nom des anciens élèves de l'Ecole dentaire de Montréal, Vermeeren, au nom de l'Ecole dentaire belge. M. Dubeau a répondu.

Au nombre des convives, entre autres, MM. Martinier, Prével, Amoëdo, G. et H. Villain, d'Argent, Bioux, Miégeville, R. Lemière, Lemeland, etc., etc.

F. D. I.

A l'occasion de la session de la F. D. I. qui se tiendra les 27 et 28 août 1913 à La Haye, les deux sociétés dentaires de Hollande organisent pour le 26 une réception et pour le 30 une excursion auxquelles sont invités les membres de la F. D. I. et leurs familles.

Concours pour dentistes des hôpitaux.

MM. Izard et Vaysse ont été nommés, après concours, dentistes adjoints des hôpitaux de Paris.

Société Odontologique de France.

La Société odontologique de France a tenu son assemblée mensuelle le 25 juin, à 9 h. du soir, à l'Ecole odontotechnique avec l'ordre du jour suivant :

1° Revue rétrospective des appareils de redressement, par M. Siffre, avec projections ;

2° Soulèvement de l'articulation chez un instrumentiste pour cause professionnelle, par M. R. Kern ;

3° Ouverture du sinus maxillaire, à la suite d'une extraction de dent de sagesse supérieure, par M. R. Kern ;

4° Incidents de pratique journalière et intérêts professionnels;

5° Questions diverses.

Cercle odontologique de France.

Le Cercle odontologique de France a tenu sa réunion mensuelle le jeudi 26 juin à 9 h. du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, avec l'ordre du jour suivant :

1° Appareil écarteur intermaxillaire, par M. Georges André ;

2° Opération de sinusite sans anesthésie locale, par M. Passot ;

3° Insensibilisation hypnotique au point de vue dentaire, par M. Dini ;

4° Premier essai de pièce amovible sans crochet sur bagues fendues, par M. Léger-Dorez ;

5° Du danger des tubercules trop saillantes dans les prémolaires à pulpe mortifiée, par M. Jacques Fildermann.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris, s'est réunie le 1er juillet, à 9 h. du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Améliorations à la technique opératoire dentaire pour l'usage de moteurs électriques à grande vitesse, par M. Huet, de Bruxelles ;

2° L'asymétrie condylienne du maxillaire inférieur. Démonstration au moyen d'un compas spécial, par M. Choquet ;

3° Le savon, agent de thérapeutique et d'hygiène, par M. C. André ;

4° Compte rendu scientifique de la Section d'Odontologie au Congrès de Tunis de l'A. F. A. S., par M. Vanel ;

5° Incidents de la pratique journalière ;

6° Questions diverses.

Nous publierons ultérieurement le compte rendu de cette séance.

Distinction.

La Société dentaire d'étudiants de l'Ecole dentaire nationale de Bogota (République de Colombie) a nommé, dans sa dernière séance, notre Directeur, M. Godon, membre honoraire.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère Mlle Raymond (Jeanne), membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Paul Bonhomme, célébré à Paris le 19 mars 1913.

*
* *

Nous apprenons également le mariage de Mlle Maleplate, fille de l'ancien président du Conseil d'administration de l'Ecole odontotechnique, avec M. le Dr Blanchet, célébré le 24 juin dernier.

M. Godon représentait l'Ecole dentaire de Paris à la cérémonie.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Musée Evans.

La première pierre du Musée Thomas W. Evans et de l'Institut dentaire de Philadelphie a été posée le 3 mai avec une imposante solennité en présence du Gouverneur de l'Etat de Pensylvanie, du Doyen Edward C. Kirk, etc. Le nouvel édifice, dont nous avons déjà parlé, est situé au coin de la 40e rue et de Spruce Street.

Congrès international d'hygiène scolaire.

Le 4e Congrès international d'hygiène scolaire aura lieu à Buffalo les 25-30 août 1913. Il comprendra 4 sections et sera présidé par M. Charles Eliot, président de l'Université de Harvard.

Société dentaire de l'Etat de New-York.

La réunion annuelle de la Société a eu lieu à Albany du 8 au 10 mai 1913. Elle s'est tenue pour la première fois dans l'Amphithéâtre des nouveaux bâtiments du Département de l'Instruction publique.

33e ANNÉE. N° 14. 30 JUILLET 1913 VOL. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par M. MENDEL-JOSEPH,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Dans l'étude, pleine de faits et d'idées, qu'il consacre à la pyorrhée alvéolaire, le Dr Tellier, de Lyon, résume ainsi ses conclusions sur les données actuelles de nos connaissances anatomo-pathologiques de la pyorrhée.

« On le voit, l'accord est loin d'être fait même sur la nature des lésions anatomiques. Malheureusement, ce n'est pas dans ce domaine seul que nous aurons à constater l'insuffisance de nos connaissances. Mais telles que nous les possédons, j'ai cru devoir les rappeler un peu longuement, persuadé qu'elles seules peuvent nous fournir des bases solides dans l'étude des origines des pyorrhées alvéolaires. »

Et c'est bien, en effet, l'idée qui se dégage de l'étude extensive du sujet. Les auteurs ne sont pas d'accord et la source de cette divergence réside surtout dans l'insuffisance de nos connaissances, autrement dit dans l'insuffisance de recherches histologiques.

Sans doute bien des notions, et non les moindres, restent définitivement acquises. Les travaux de Galippe [1], de Malassez [2], de Znamensky [3], de Hopewell-Smith [4], de Rœ-

1. GALIPPE. *Journal des connaissances médicales*, 1884, 1887, 1890.
2. MALASSEZ. *Debris épithéliaux paradentaires*. Archives de physiologie, 1885.
3. ZNAMENSKY. *Alveolar pyorrhea*. *Journal of the British dental Association*, october 1902.
4. HOPEWELL-SMITH. *Pyorrhea alveolaris — Its Patho-histology*, apvril 1911, *Dental Cosmos*.

mer[1], etc., ont projeté des clartés sur le sujet. Néanmoins des faits importants demeurent imprécis, contradictoires.

La pyorrhée alvéolaire est-elle une affection essentielle-

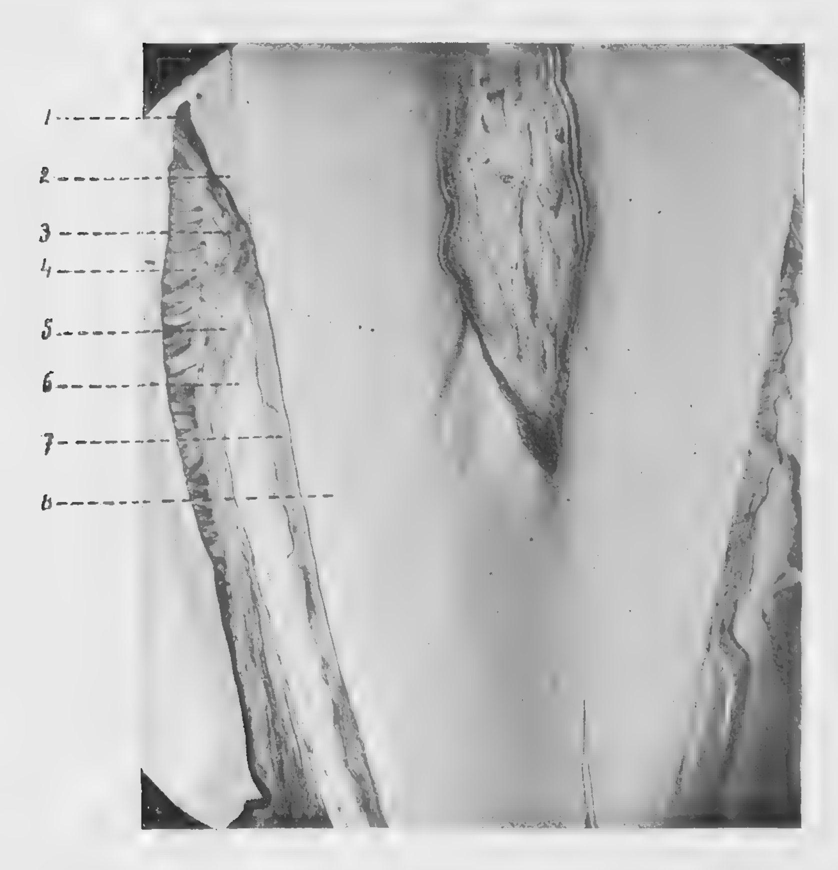


Fig. 1. — Coupe sagittale d'une incisive centrale supérieure de jeune fille de 20 ans, morte de tuberculose. Point de pyorrhée. 1. Bord libre de la gencive ; 2. Espace péri-cervical ; 3. Ligament annulaire de Kölliker ; 4. Couche malpighienne de la muqueuse gingivale ; 5. Résorption de la paroi alvéolaire d'origine indéterminée ; 6. Paroi alvéolaire externe ; 7. Ligament alvéolo-dentaire ; 8. Tissu dentaire.

ment ostéopathique, comme le veulent Baume, Voyte et peut-être aussi Hopewell-Smith ? S'agit-il d'une localisation avec prépondérance de lésions gingivales, comme tendent à l'admettre les recherches de Malassez, de Galippe,

---

1. Rœmer. *In Handbuch der Zahnheilkunde, Julius Scheff*, 2e édition.

de Talbot ? Ou bien, les lésions initiales, celles qui déclanchent le processus, résident-elles au centre même de l'articulation alvéolo-dentaire, ainsi que le présument Black, Kirk et bien des cliniciens ?

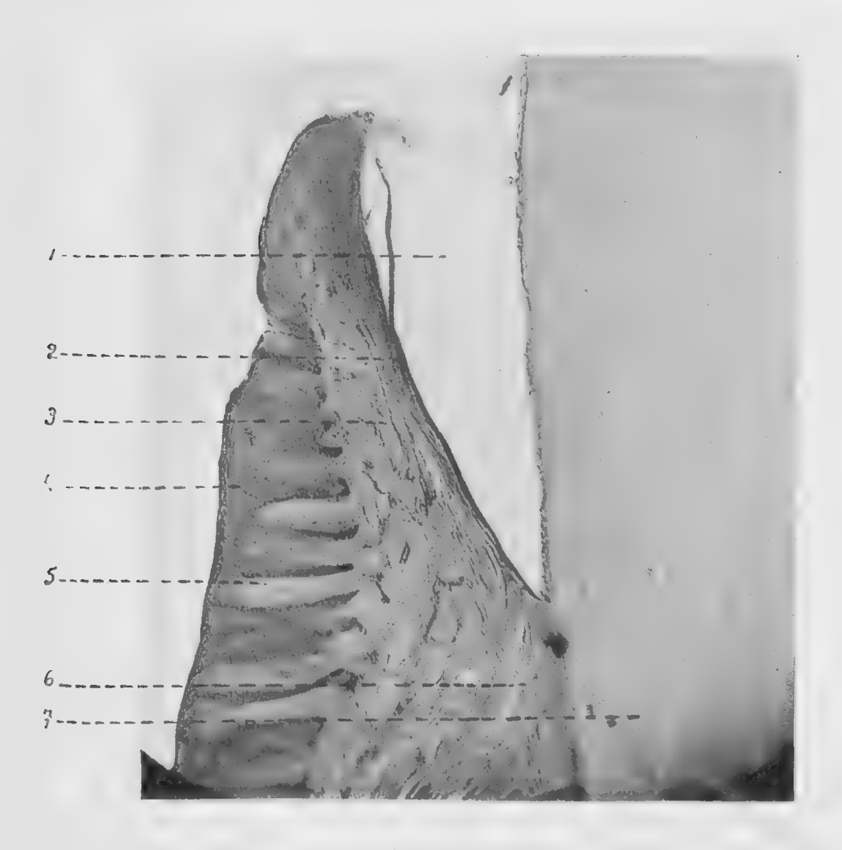


Fig. 2. — Même coupe que la précédente à un grossissement plus fort. 1. Espace péri-cervical agrandi artificiellement pour bien montrer la portion décollable de la gencive ; 2. Couche de cellules épithéliales plates en voie de desquamation ; 3. Chorion ; 4. Couche malpighienne ; 5. Papille du chorion ; 6. Ligament annulaire ; 7. Tissu dentaire.

Enfin, n'est-il pas légitime de supposer, dans cet ensemble morbide très complexe, que deux ordres de faits fondamentaux se superposent ou évoluent parallèlement : troubles profonds — ostéo ou arthro-pathiques — d'une part, troubles superficiels — gingivaux et proprement pyorrhéiques — d'autre part ?

La réponse à ces questions délicates, difficiles ne peut

se faire qu'à la condition de multiplier les recherches, de les étendre à toutes les modalités de manifestations pyorrhéiques. Il semble que l'on se soit trop hâté de conclure

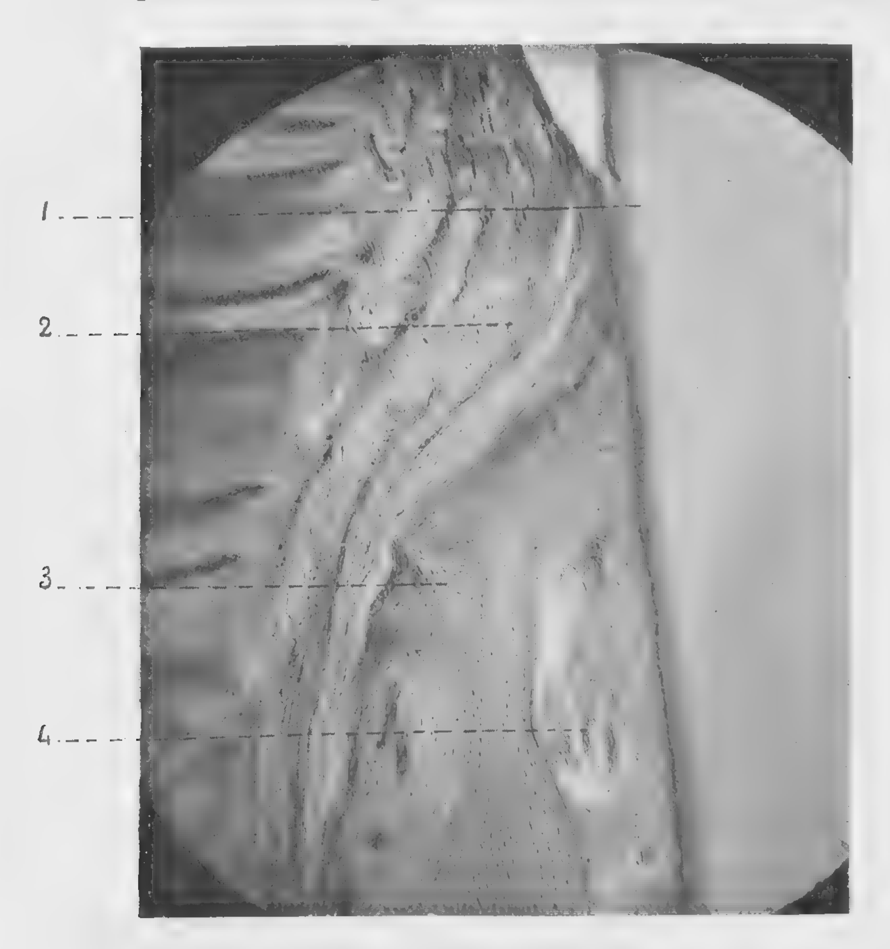


Fig. 3. — Coupe sagittale montrant le ligament annulaire de Kölliker. 1. Tissu dentaire ; 2. Faisceaux du ligament ; 3. Paroi alvéolaire ; 4. Ligament alvéolo-dentaire.

et de généraliser. Quelque importante et démonstrative que soit, par exemple, l'étude de Znamensky, il convient de ne pas oublier que les recherches histologiques de cet auteur n'ont porté que sur un seul sujet atteint de pyorrhée ; si l'on considère que ce sujet était une femme enceinte et que la puerpuéralité est apte à engendrer des lésions osseuses

analogues à celles que l'on rencontre quelquefois dans la pyorrhée, on comprendra aisément tout ce que cette étude, par ailleurs remarquable, a de particulier et qu'elle ne saurait s'appliquer indistinctement à tous les états pyorrhéiques.

Il importe donc de se mettre à la recherche de faits nom-

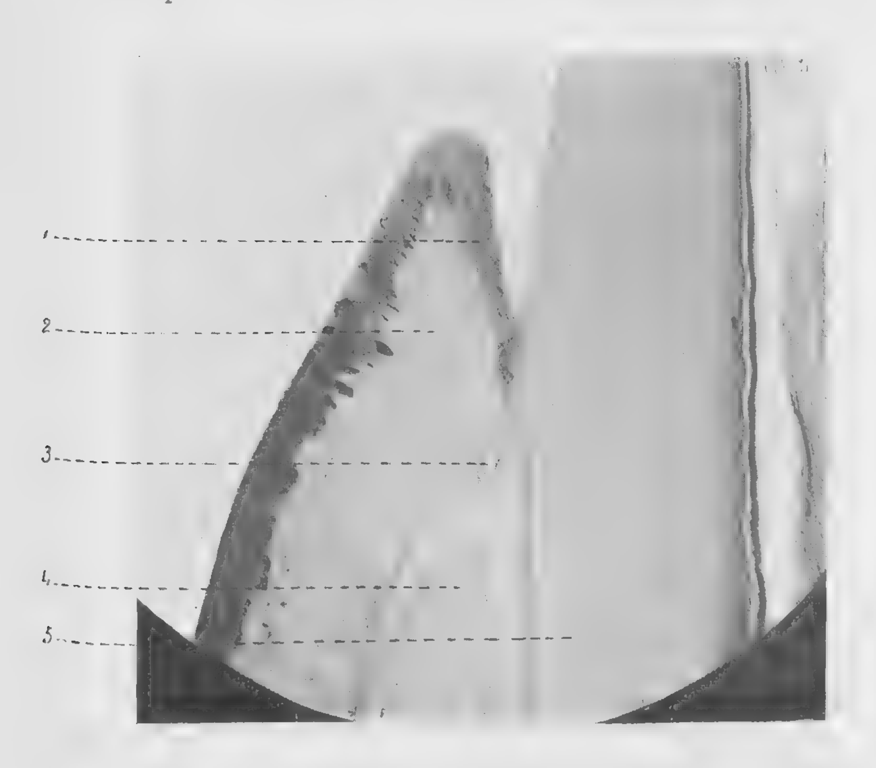


Fig. 4. — Coupe sagittale montrant les lésions initiales de la pyorrhée. 1. Infiltration limitée de la gencive; 2. Chorion; 3. Petit foyer d'infiltration ; 4. Paroi alvéolaire ; 5. Dent.

breux, variés, tels que nous en offre la diversité des formes cliniques.

La grande difficulté de l'entreprise consiste à se procurer des pièces anatomiques parfaitement fraîches, dont les tissus n'aient pas encore subi l'influence de l'histolyse. Mes efforts pour trouver des maxillaires pyorrhéiques humains sont restés jusqu'aujourd'hui infructueux. D'ailleurs, Malassez s'est heurté aux mêmes difficultés matérielles. Dans ses recherches sur la pyorrhée, il dut se borner

à l'étude des dents extraites, auxquelles, dit-il, restent attachés des lambeaux de gencives et de ligaments. Cela n'a pas empêché cet éminent histologiste de nous donner des lésions gingivales dans la pyorrhée une description



Fig. 5. — Même coupe que la précédente à plus fort grossissement montrant l'infiltration nettement limitée de la gencive.

remarquable, qui restera classique. Mais cela ne lui permit point d'envisager entièrement toutes les altérations impliquées dans la pyorrhée et notamment les lésions si importantes du tissu osseux. Cette lacune a été partiellement comblée par une étude ultérieure de Galippe et Malassez. « La pyorrhée chez le kanguroo de Benett[1] ».

1. Galippe, *Recherches et notes originales*, p. 122.

En attendant le moment, très prochain, je l'espère, où je serai en possession de pièces humaines, je me suis décidé à poursuivre l'étude de la pyorrhée sur les maxillaires



Fig. 6. — Coupe sagittale montrant des lésions pyorrhéiques plus avancées. 1. Tartre ; 2. Dent ; 3. Infiltration intense et étendue de la gencive ; 4. Ligament alvéolo-dentaire envahi ; 5. Destruction alvéolaire périphérique ; 6. Alvéole.

du chien qui, en fidèle ami de l'homme, est souvent atteint de cette affection.

Dans une de mes communications à la Société d'Odontologie j'ai eu l'honneur de présenter deux maxillaires de chien atteints de pyorrhée alvéolaire. Je me les suis

procurés grâce à l'obligeance du professeur Petit, d'Alfort, et de M. Chéron, médecin-vétérinaire. Qu'ils veuillent bien recevoir ici l'expression de ma sincère gratitude.

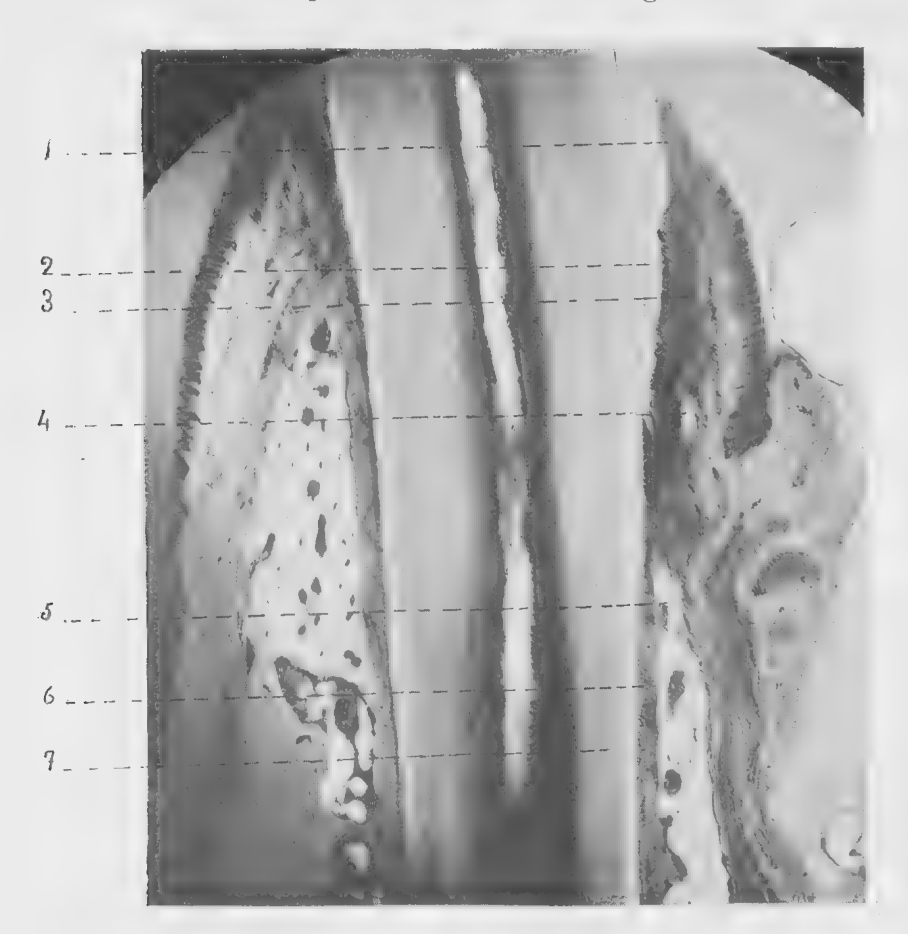


Fig. 7. — Coupe sagittale d'une canine inférieure montrant les lésions pyorrhéiques avancées du côté labial. 1. Gencive nécrosée ; 2. Cul-de-sac pyorrhéique ; 3. Tissu infiltré ; 4. Petit séquestre de l'alvéole détruit ; 5. Paroi alvéolaire ; 6. Ligament alvéolo-dentaire ; 7. Dent.

L'étude des lésions macroscopiques et des manifestations cliniques que nous avons faite sur ces maxillaires a permis de conclure qu'au point de vue clinique, la pyorrhée observée dans l'espèce canine est nettement superposable, à la pyorrhée humaine.

Ces deux maxillaires appartenaient à un chien de cinq ans, mort de broncho-pneumonie, une des affections qui frappent les petits chiens avec une fréquence particulière.

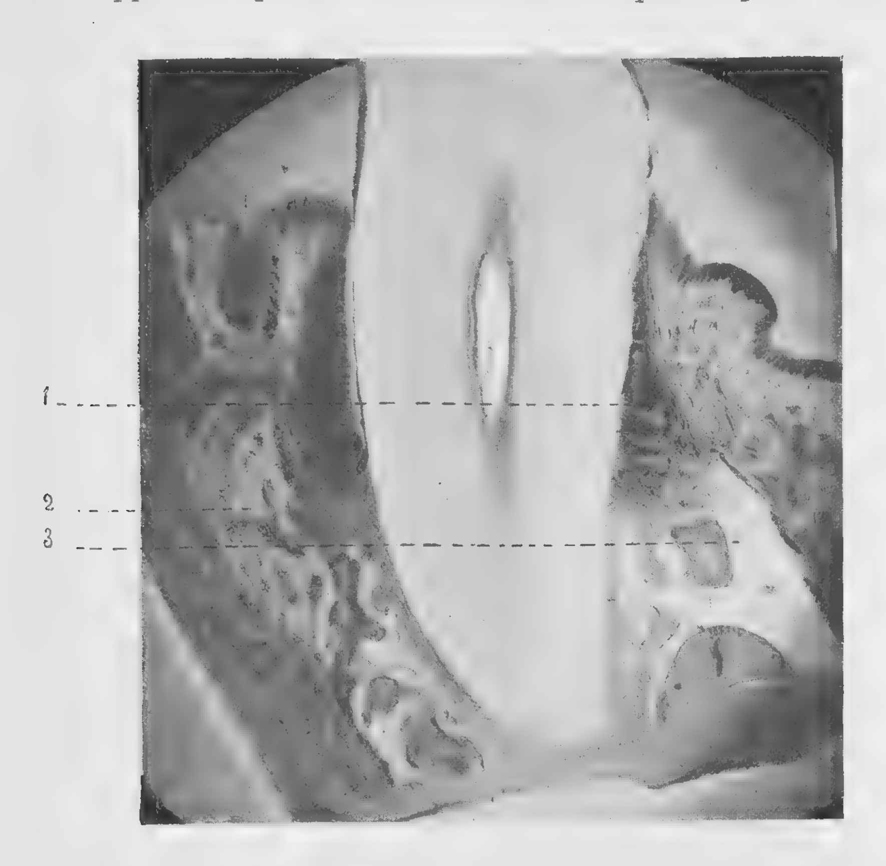


Fig. 8. — Coupe sagittale d'une incisive supérieure. 1. Infiltration profonde et prolifération épithéliale ; 2. Paroi alvéolaire externe détruite et refoulée; 3. Paroi interne fortement résorbée.

Mes recherches histologiques ont porté sur quatorze dents appartenant aussi bien à la mâchoire supérieure qu'à la mâchoire inférieure. Les unes montraient les traces des lésions profondes, les autres paraissaient modérément atteintes, d'autres, enfin, semblaient indemnes et parfaitement saines. Je m'empresse de dire que la santé de ces dernières n'était qu'apparente et, en réalité, je n'ai pu trouver une seule dent vraiment intacte. Plus d'une fois, j'ai été surpris de consta-

ter des lésions assez avancées de la gencive et de l'alvéole, alors que j'espérais y trouver à peine quelque ébauche du processus. La phase prépyorrhéique de la pyorrhée, que j'ai

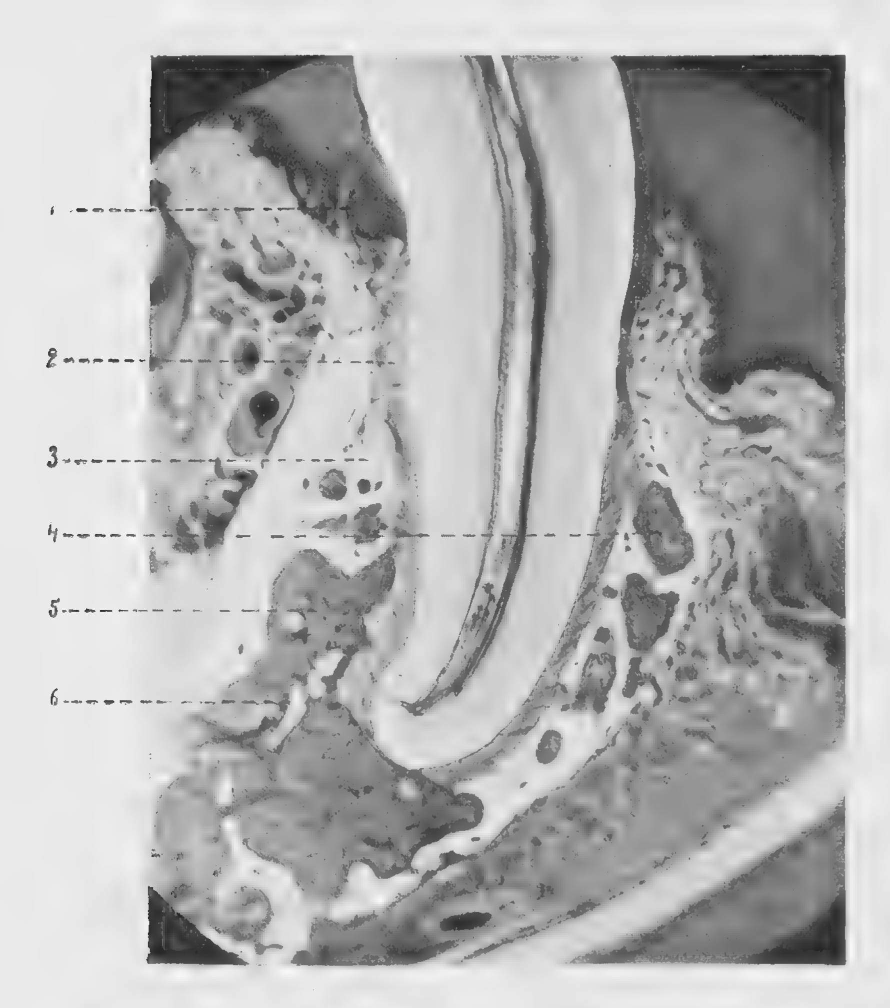


Fig. 9. — Coupe sagittale d'une incisive supérieure. 1. Infiltration gingivale à peine marquée ; 2. Ligament alvéolo-dentaire ; 3. Paroi alvéolaire ; 4. Espace médullaire élargi ; 6. Trabécules osseuses en voie de résorption.

recherchée avec soin et que j'ai pu étudier sur mes préparations, comporte déjà des altérations d'une certaine importance. Heureusement, l'affection n'envahit pas d'emblée tous les points d'une région péridentaire ; et tandis que par exem-

ple la table externe montre déjà des altérations marquées, la région interne ou linguale est encore à la phase initiale du processus. J'ai pu ainsi suivre et étudier les diverses étapes de la maladie.

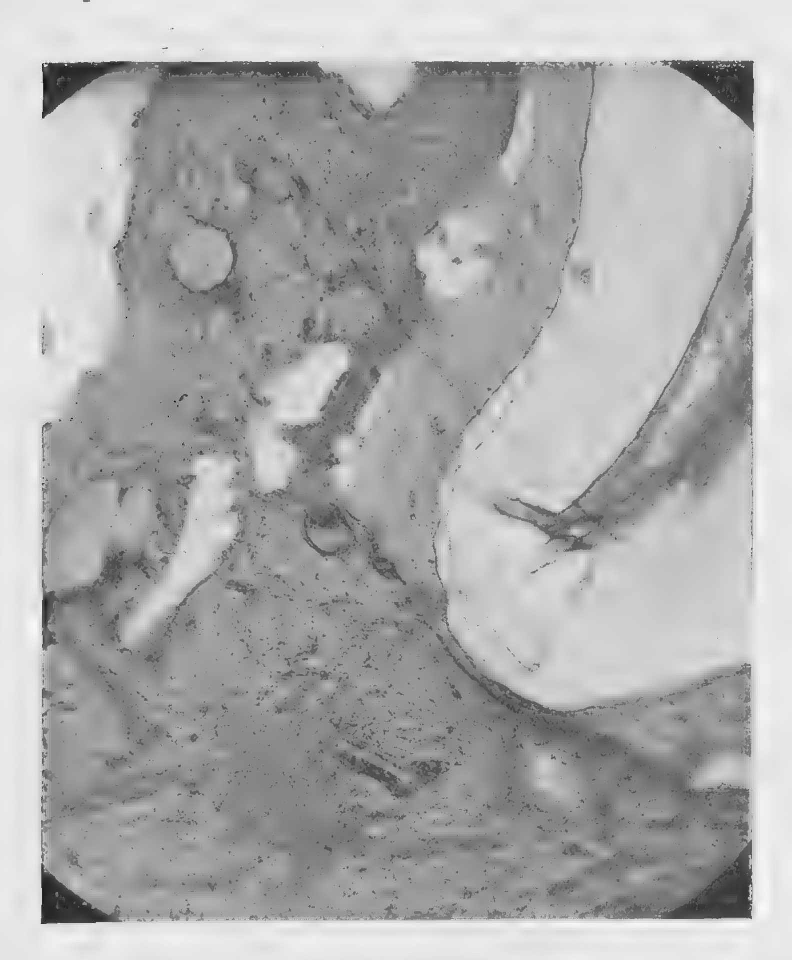


Fig. 10. — Même coupe que la précédente montrant l'agrandissement de l'espace de Black.

En ce qui concerne la technique histologique, je me suis servi des procédés suivants : fixation au formol ; décalcification dans une solution d'acide nitrique à 5 o/o (l'acide trichloracétique à 3 o/o que j'ai également essayé ne m'a paru offrir aucun avantage) ; inclusion dans la celloï-

dine ; coloration à l'hématéine de Meyer, Van Guisen, à l'hématoxyline-éosine ; pour les photomicrographies, j'ai utilisé le Kernschwastz. La coloration des microbes par la méthode de Gram est particulièrement précieuse, les microbes restent seuls colorés sur la préparation ; pour ceux qui ne prennent pas le Gram j'ai utilisé le bleu de Loeffler différencié par le tannin.

La description la plus rationnelle des lésions anatomiques serait évidemment celle qui suivrait l'ordre selon lequel les lésions se produisent. Mais comme l'ordre de l'évolution pathogénique reste encore litigieux, il m'a paru préférable d'exposer les lésions de chaque tissu d'une manière isolée.

Lésions gingivales.

Quand on examine une préparation histologique à la période initiale des altérations de la gencive, alors que les symptômes cliniques laissent à peine soupçonner le processus en évolution, on y discerne déjà des lésions appréciables. Celles-ci sont nettement limitées au voisinage immédiat du collet de la dent et se présentent à un faible grossissement sous forme d'une bordure foncée, épaisse, allant du bord libre de la gencive jusqu'au fond de l'espace péri-cervical où aboutissent les fibres les plus superficielles du ligament annulaire de Kölliker. A un grossissement plus fort on remarque que cette région est le siège d'une abondante infiltration des éléments embryonnaires.

La couche superficielle de cellules stratifiées, le réseau malpighien et le chorion sous-jacent sont atteints à la fois. L'épithélium de la surface est desquamé ou très réduit ; les cellules de la couche malpighienne dans sa portion superficielle sont grises, à contour indistinct, à peine coloré, et frappées de dégénérescence granulo-graisseuse. Les éléments malpighiens profonds sont au contraire le siège d'une prolifération active.

Au delà de cette bande infiltrée tout le reste du tissu

fibreux sous-jacent garde son aspect normal. Cependant sur certaines coupes on aperçoit déjà de petits prolongements qui partent de cette bande vers la profondeur et qui sont



Fig. 11. — Coupe sagittale d'une prémolaire inférieure. 1. Lésions gingivales avancées ; 2. Lésions alvéolaires ; 3. Lésions du cément et de la dentine ; 5. Agrandissement de l'espace de Black et sa communication avec le canal dentaire inférieur.

formés des mêmes éléments embryonnaires. D'autres fois on trouve parmi les faisceaux fibreux du derme en plein tissu normal des îlots d'infiltration disséminés çà et là.

Les modifications de la gencive deviennent plus importantes avec le progrès de la maladie. Mais je m'en voudrais

d'en donner une description personnelle alors que nous avons celle de Malassez qui est magistrale. Je tiens à la rapporter intégralement comme un hommage à ce grand maître à qui l'odontologie et la stomatologie françaises



Fig. 12. — Coupe frontale de deux incisives inférieures; lésions très avancées : l'os alvéolaire a complètement disparu ; la dent est maintenue en place par des adhérences fibreuses ; la pulpe est vivante.

doivent des travaux remarquables et peu connus, travaux qui devraient justement figurer dans la bibliothèque de tout dentiste français !

« En allant des parties profondes vers la surface la plus altérée on voit les interstices du tissu cellulaire lâche, qui séparent les faisceaux ligamenteux et entourent les vaisseaux, s'infiltrer peu à peu de cellules rondes ou embryonnaires et

devenir des foyers de tissu de granulation. Ces foyers se développent de plus en plus, envahissent les faisceaux fibreux, les dissocient, les atrophient et finissent par se réunir les uns dans les autres si bien qu'au niveau du bord libre des

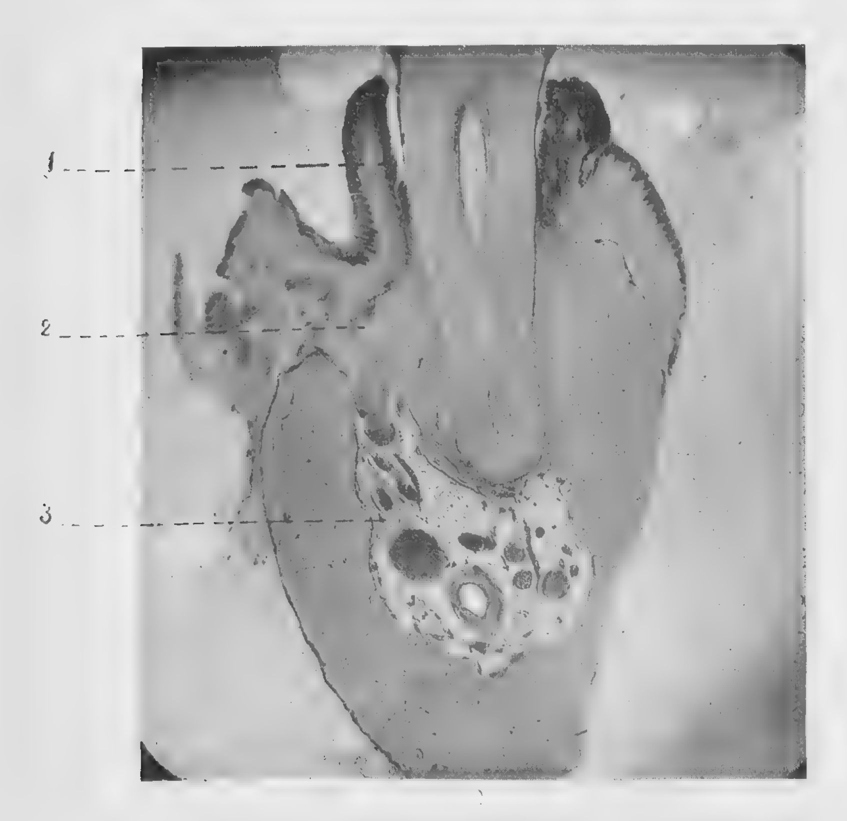


Fig. 13. — Coupe sagittale d'une prémolaire inférieure. 1. Lésions avancées de la gencive et de l'alvéole ; 2. Lésions osseuses ayant envahi le trou mentonnier ; 3. Canal dentaire inférieur très élargi. Cette coupe montre comment l'infection pourrait se propager par le canal dentaire.

gencives on ne voit plus qu'un tissu de bourgeon charnu et la disposition papillaire de la muqueuse normale a disparu.

» Le revêtement épithélial est également très altéré et manque par place, et là où il existe il est en général très mince. Cependant nous verrons qu'au niveau de la dent il forme une masse assez épaisse. Les couches profondes pa-

raissent en voie de prolifération active ; ils envoient çà et là dans le tissu de granulation sous-jacent de longs prolongements, lesquels sont formés de cellules polygonales, assez volumineuses, contiguës les unes aux autres, ne paraissant pas pourvues de filaments d'union, ressemblant aux points d'accroissement, que présentent souvent les épithéliomas pavimenteux. Dans les couches superficielles, les cellules sont plus ou moins écartées, comme ratatinées, de forme presque étoilée et anastomosées les unes aux autres par de longs filaments d'union. Elles ressemblent donc aux cellules de l'organe de l'émail ou du moins à certaines d'entre elles, à celles du *stratum intermedium* ; seulement les espaces qui les séparent contiennent un assez grand nombre de globules blancs. Cette infiltration de globules montre qu'ils émigrent au dehors après avoir accompli leur œuvre de destruction dans le ligament. Puis, comme le revêtement épithélial gagne par ses parties profondes, tandis qu'il se desquame évidemment par sa partie superficielle, on peut s'expliquer par cet ensemble du processus la résorption de la gencive. »

« Remarquons que le bourgeonnement épithélial profond de la muqueuse est très marqué au voisinage de la dent et il y produit des effets tout particuliers. On le voit s'infiltrer, s'enfoncer comme un coin entre la racine et les faisceaux alvéolo-dentaires enflammés, en séparant ce qui reste des insertions du ligament sur le cément. Et comme il se trouve en ces régions, plus que partout ailleurs, protégé contre les causes de destruction et de desquamation, il peut s'y développer davantage. Il prend alors cet aspect adamantin dont nous parlions plus haut et se dispose en revêtement ; or comme la partie qui représente les couches épithéliales superficielles se trouve du côté de la dent, on le voit se détacher de celle-ci, tout en restant adhérent, au tissu alvéolo-dentaire enflammé qui lui sert de substratum. Il se forme ainsi un fossé profond autour de la racine, d'où ce décollement si caractéristique que présente cette maladie. »

Lésions osseuses.

Elles affectent non seulement les parois alvéolaires, mais aussi le corps même du maxillaire et se présentent sous des

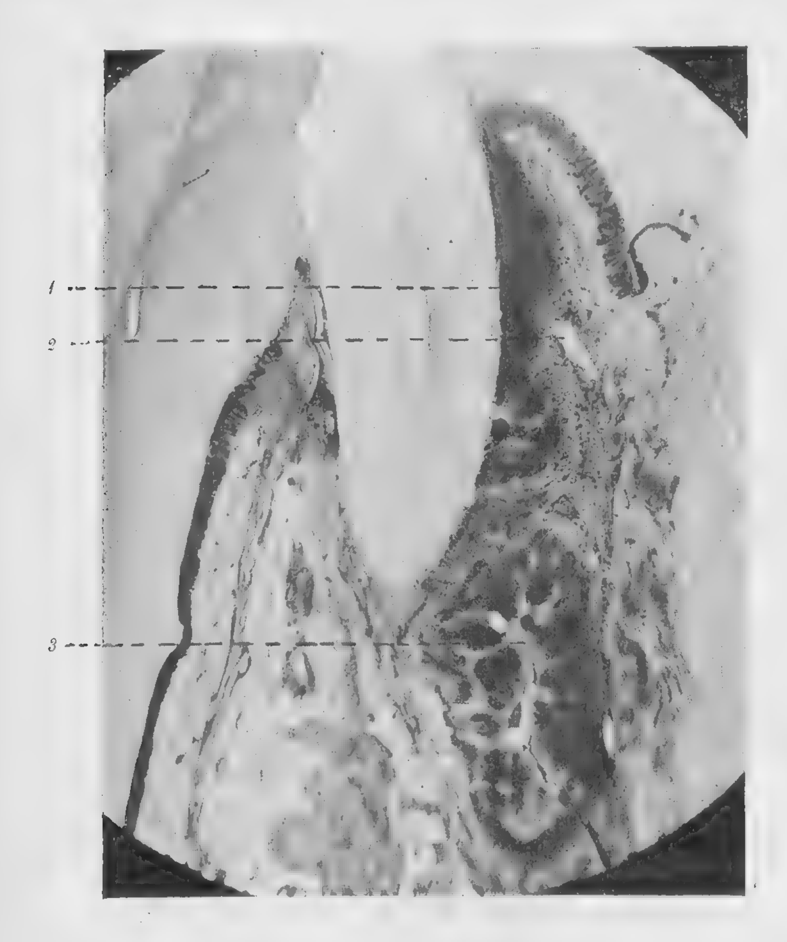


Fig. 14. — Coupe sagittale d'une incisive supérieure. 1. Lésions très avancées ayant détruit l'alvéole, le ligament et une portion notable du maxillaire ; 2. Un petit séquestre, seul vestige de l'os détruit ; 3. Production néoplasique, de nature épithéliale, à transformation kystique.

modalités diverses. Les unes apparaissent nettement sous la dépendance immédiate de lésions gingivales et rien n'est plus aisé que de suivre l'extension progressive du processus destructeur de la gencive à l'alvéole.

Sur les coupes longitudinales on peut voir les mêmes éléments embryonnaires qui au début du processus infiltraient la fibro-muqueuse de la gencive, se propager sous forme de cordons ou d'îlots vers le bord libre de l'alvéole.

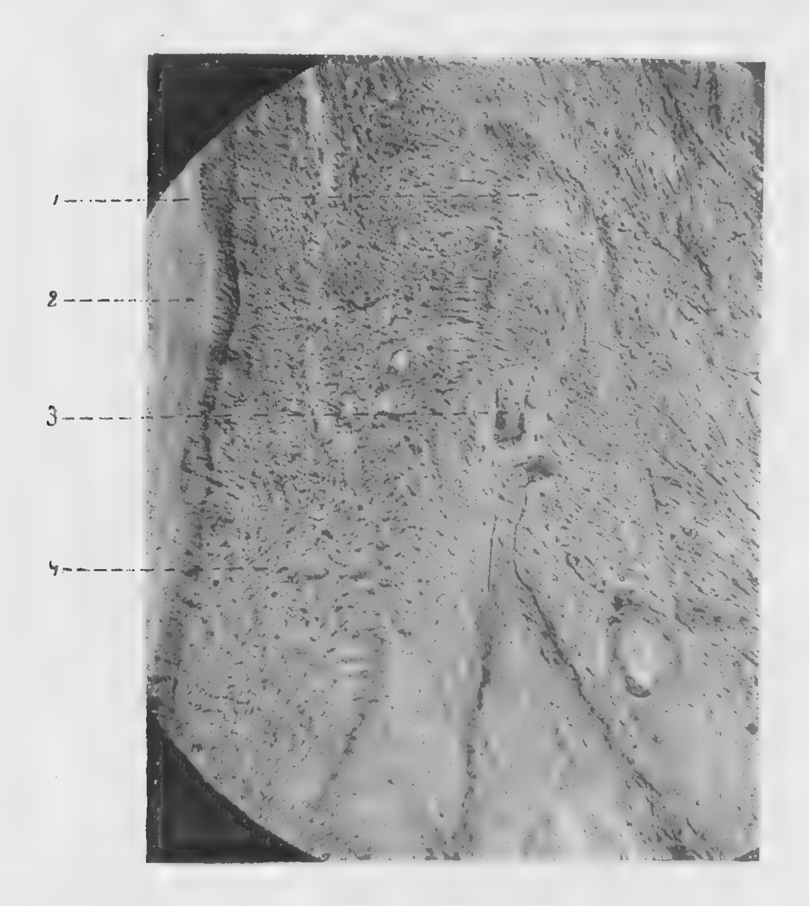


Fig. 15. — 1. Tissu ostéoïde à transformation fibriaire ; 2. Dent ; 3. Tissu osseux ayant conservé la structure normale ; 4. Ligament infiltré.

Arrivés là, leur action destructive s'exerce diversement suivant que le processus affecte une allure plus ou moins rapide. Dans les formes lentes on voit le bord alvéolaire éprouver des changements particuliers ; les caractères morphologiques propres à ce tissu disparaissent ; on n'y retrouve ni éléments ostéoblastiques, ni stratification lamellaire. C'est une masse compacte, homogène, transparente, irrégu-

lièrement découpée à sa périphérie et limitée par une ligne sinueuse du tissu profond non encore altéré. On voit se former ainsi une zone de tissu ostéoïde due vraisemblablement à un processus de décalcification. Ultérieurement le tissu ostéoïde peut subir la transformation conjonctive et offrir une structure fibrillaire.

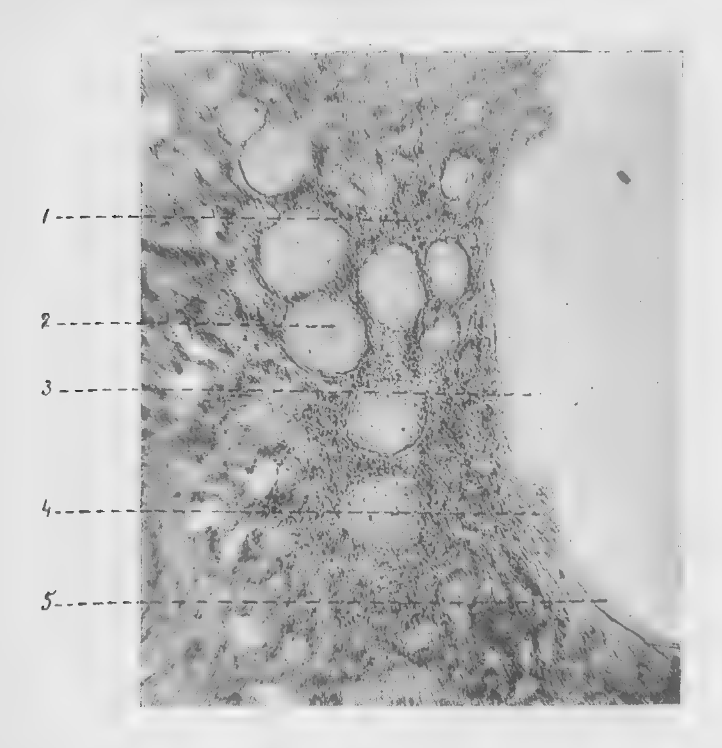


Fig. 16. — Coupe transversale d'une prémolaire inférieure passant au niveau du collet de la dent. 1. Infiltration leucocytaire; 2. Formation épithéliale, à structure pavimenteuse d'origine gingivale; 3. Dentine; 4. Résorption du cément et de la dentine; 5. Cément.

Quand l'affection évolue avec plus d'intensité, les lésions observées sont plus brutales. Il semble alors que l'os, attaqué avec violence, n'a pas le temps d'éprouver cette phase intermédiaire de décalcification périphérique. Il est envahi d'emblée par des multitudes d'ostéoclastes qui le rongent et le creusent de lacunes nombreuses et profondes. Mais, fait intéressant : au milieu de ce foyer de résorption active j'ai rarement rencontré des cellules myéloplaxes.

Pendant qu'à la périphérie se passent les phénomènes destructifs que nous venons de signaler, on observe plus profondément des altérations non moins importantes. Elles ont pour siège les canaux de Havers et les espaces médullaires, espaces et canaux sont anormalement élargis, les lamelles osseuses qui les séparent sont échancrées et montrent les signes manifestes de décalcification et de résorption.

La substance médullaire elle-même n'a plus sa constitution normale ; les vésicules adipeuses sont très réduites et par endroits entièrement disparues ; elles sont remplacées par une agglomération considérable d'éléments cellulaires : myélocites, globules rouges à noyaux et surtout de petits lymphocites.

Ces lésions osseuses, superficielles et profondes, paraissent relever du même processus irritatif et inflammatoire à point de départ gingival.

Cependant on peut observer des faits qui ne rentrent pas dans le cadre de cette description et ne sont pas susceptibles de la même interprétation.

On observe, en effet, des altérations osseuses qui, au lieu d'être nettement secondaires, comme dans les faits précédents, paraissent au contraire primitives. Les lésions gingivales ne peuvent plus y être invoquées comme facteur initial, car elles sont à peine marquées et cependant les parois alvéolaires sont la proie d'un travail de raréfaction profond. (Un de ces cas d'ostéoporose est nettement appréciable sur la figure.) Ces lésions semblent liées à une suractivité morbide de la substance médullaire qui s'accroît aux dépens de la trame solide qu'elle creuse et détruit par les ostéoclastes et aussi à la différence de ce que nous avons vu dans les phénomènes périphériques, par de nombreux myéloplaxes.

L'alvéole n'est pas seul à souffrir des progrès de la pyorrhée. Le corps du maxillaire peut être aussi plus ou moins profondément atteint. La figure représente un cas où la destruction osseuse s'est propagée jusqu'au trou mentonnier et

a envahi le canal lui-même. Dans un autre cas, que représente la figure, l'espace périapical s'est élargi au point de communiquer directement avec le canal dentaire inférieur.

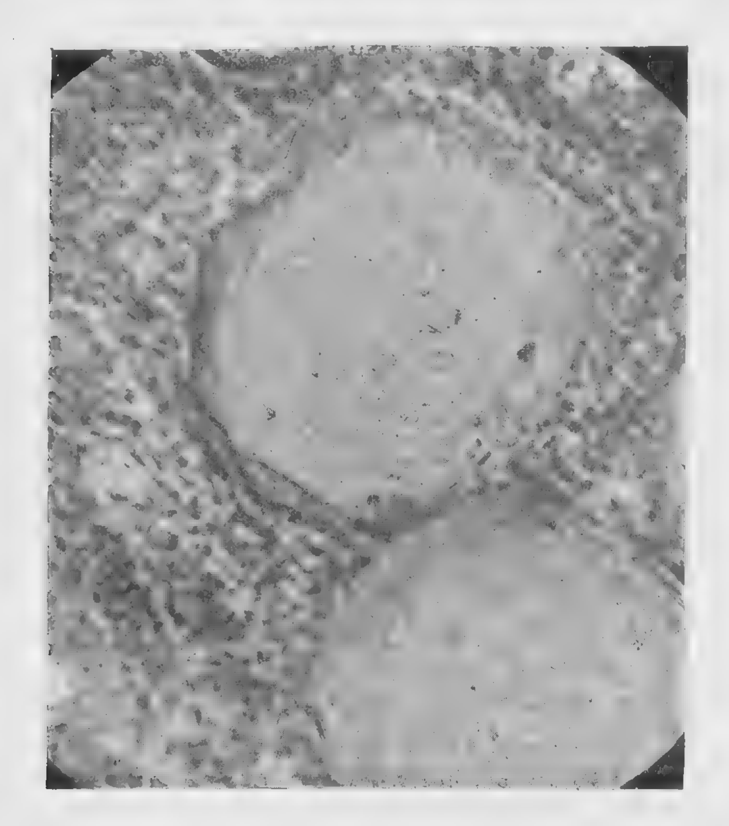


Fig. 17. — Même coupe que la précédente. Production épithéliale pavimenteuse sous un plus fort grossissement.

Lésions du ligament.

Situé entre la dent et l'alvéole et en continuité directe avec la gencive sus-jacente, le ligament alvéolo-dentaire représente le centre anatomique autour duquel se développent les lésions pyorrhéiques ; mais il ne paraît pas en être le centre pathologique. Sur la plupart des préparations que j'ai examinées, les altérations, dont il est le siège, ont paru secondaires aux lésions des tissus adjacents.

Le point initialement atteint est dans la majorité des cas le

faisceau annulaire de Kölliker. Il ne semble pas constituer contre l'envahissement de la maladie une protection aussi efficace que celle qu'on se plaît à lui accorder. Son rôle et sa valeur seraient plutôt d'ordre mécanique. Sur les coupes longitudinales, il est facile à suivre pas à pas le progrès de

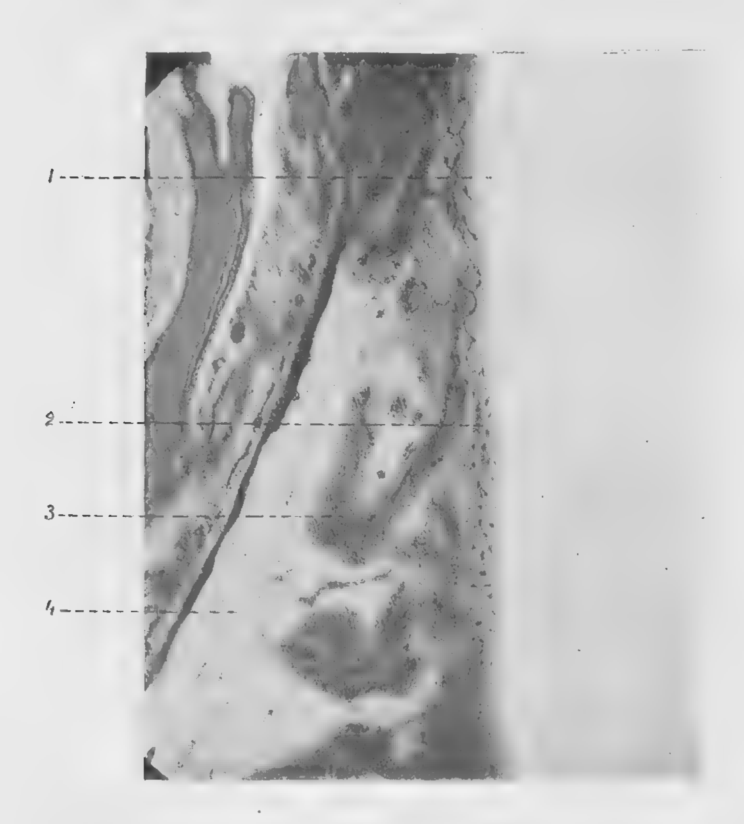


Fig. 18. — Coupe sagittale d'une incisive supérieure. 1. Tissu dentaire ; 2. Débris épithéliaux paradentaires disséminés dans le ligament sous forme de rosaces ou de cordons ; 3. Espaces médullaires ; 4. Paroi alvéolaire.

l'infiltration qu'il subit. Ce sont tantôt de petits foyers leucocytaires disséminés çà et là entre les faisceaux, tantôt de minces traînées qui, sous forme de cordons, pénètrent dans la profondeur. Il est facile de les confondre alors avec les formations de débris épithéliaux qui affectent ici souvent la disposition rubanée ; mais sur les coupes transversales on se rend compte qu'il s'agit bien d'éléments lymphocitaires.

Peu à peu les îlots dispersés se fusionnent, l'infiltration devient plus massive et plus profonde ; elle envahit tout le champ péri-cervical, refoule ou détruit les faisceaux fibreux. Les vaisseaux sont dilatés, congestionnés ; souvent le sang

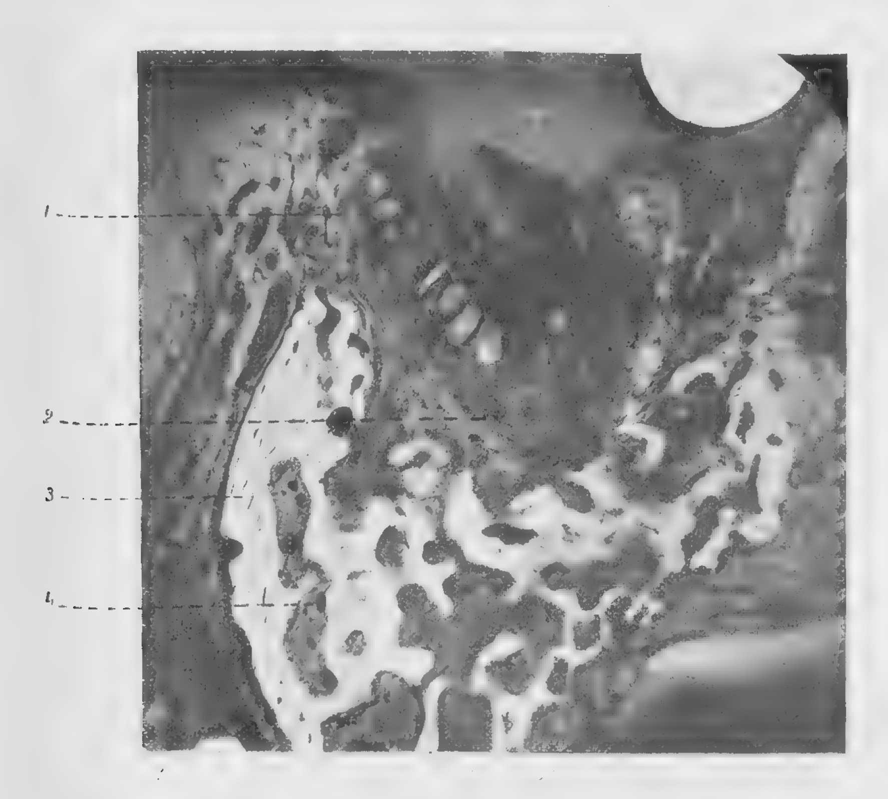


Fig. 19. — Coupe sagittale passant par un espace paradentaire. 1. Formation épithéliale comme dans la figure 16 ; 2. Lésions gingivales et osseuses très accusées ; 3. Paroi osseuse inter-dentaire ; 4. Espaces médullaires infiltrés et agrandis.

s'extravase et forme des infarctus appréciables à leur coloration particulière.

Sur les coupes transversales, on peut voir se détacher au milieu de ce tissu de granulation des formations épithéliales à contour arrondi, à structure pavimenteuse ; elles prennent leur origine dans la couche proliférente du réseau malpighien et se distinguent nettement par leur aspect des débris épithéliaux qui se trouvent immédiatement à proximité de la racine.

Remarquons qu'une des conditions caractéristiques des lésions ligamenteuses dans la pyorrhée consiste justement dans le développement exagéré des débris épithéliaux. Ils revêtent le plus souvent la forme en rosette, plus rarement la disposition rubanée. Sur certaines préparations, on voit le ligament littéralement farci de ces éléments au point de former une sorte de stroma-épithélial dont parle Rœmer et que, bien avant Rœmer, Malassez a décrit avec sa clarté habituelle. Ces éléments jouent d'ordinaire un rôle purement passif et sont destinés à disparaître. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et ils peuvent exceptionnellement dévier vers le type néoplasique. Galippe rapporte un cas d'épithélioma du maxillaire supérieur qu'il attribue à une dégénérescence de cette sorte. La figure est à ce point particulièrement intéressante. Il s'agit d'une lésion conjonctivo-épithéliale assez importante, développée en pleine mâchoire dans une région où la table alvéolaire externe et une portion notable du maxillaire ont été détruites par le progrès de la pyorrhée.

La destruction progressive de la paroi alvéolaire entraîne corrélativement des modifications importantes du ligament. Celui-ci, libéré de sa paroi externe, se fusionne avec le tissu bourgeonnant du voisinage ; mais il continue à rester adhérent à la surface de la racine et peut par ses attaches aider encore longtemps à la rétention de la dent.

On peut dire que la zone de désagrégation osseuse marque la limite des lésions notables du ligament. Au delà de cette zone on discerne bien un léger état congestif ; un certain accroissement des éléments fixes, mais ces modifications sont à peine visibles et, somme toute, n'affectent pas sensiblement sa structure normale.

Pourtant il est des cas où l'on peut voir, en des points très éloignés du siège principal des lésions, des manifestations d'une suractivité morbide du ligament se traduisant du côté de la dent par la résorption des tissus de la racine et, du côté de l'alvéole, par l'amincissement et la fonte des trabécules osseuses.

Il me semble difficile de rattacher ces lésions profondes à l'influence irritative d'origine gingivale et pour les expliquer il convient d'envisager un autre mode pathogénique.

Lésions des tissus dentaires.

Le cément, la dentine et la pulpe peuvent être progressivement atteints. Il s'agit surtout des phénomènes de résorption avec formation de lacunes plus ou moins profondes dans lesquelles on rencontre de nombreux ostéoclastes. Cette altération peut se produire dès le début du processus et siéger à proximité du collet de la dent.

Quant à la pulpe, elle fait preuve d'une résistance remarquable. Sur 14 dents examinées, dont quelques-unes furent profondément atteintes, je l'ai toujours trouvée vivante.

Conclusions.

1° Il résulte de ces recherches et de l'étude clinique que nous avons faite antérieurement que la pyorrhée alvéolaire observée dans l'espèce canine est cliniquement et anatoniquement identique à la pyorrhée alvéolaire de l'espèce humaine. Nous y avons reconnu, sous des aspects divers, toutes les lésions décrites par les auteurs qui ont étudié cette affection chez l'homme.

2° Le lieu d'élection initial des lésions pyorrhéiques serait, dans la plupart des cas observés, le bord libre et la région péri-cervicale de la gencive.

3° L'inflammation des gencives, d'abord superficielle, se propage progressivement dans les tissus profonds vers le ligament et l'alvéole qu'elle attaque et détruit peu à peu ;

4° A côté des lésions alvéolaires périphériques d'origine nettement gingivale, on observe sur les mêmes préparations des lésions osseuses profondes dans lesquelles la substance médullaire semble jouer le rôle prépondérant ; quoique éloignées du foyer principal des altérations gingivo-alinolaires, elles relèvent du même processus ;

5° Dans certains cas observés, beaucoup plus rares, on peut constater l'existence des lésions osseuses et médullaires, se développant indépendamment de toute altération de la gencive.

6° Les lésions du ligament alvéolo-dentaire m'ont paru presque toujours secondaires. Cependant, il est des altérations profondes du ligament dont la production ne parait pas être liée à quelque processus de voisinage.

7° L'œuvre de destruction dans la pyorrhée ne se borne pas à la région alvéolaire ; elle peut se propager sur le corps du maxillaire et atteindre de la sorte des organes éloignés. A la mâchoire inférieure le canal dentaire inférieur peut être envahi et infecté ;

8° La part considérable que prend dans cette affection le développement de l'élément épithélial mérite une sérieuse attention en tant que point de départ d'une évolution néoplasique ultérieure.

L'importance incontestable des lésions gingivales et alvéolaires dans le processus pyorrhéique me paraît justifier, tout au moins provisoirement, le terme de « gingivo-alvéolite expulsive » pour désigner l'affection qui nous occupe.

Les conclusions ci-dessus ne sont relatives qu'aux seuls faits histo-pathologiques que j'ai eu l'occasion d'étudier. Elles ne sauraient donc prétendre à une trop grande extension. Des recherches ultérieures dans le domaine de la pathologie humaine et comparée me permettront, j'espère, des affirmations plus catégoriques.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE TUNIS (Mars 1913)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

42e SESSION.

Section d'Odontologie.

Compte rendu par P. VANEL.

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite et fin.)

Après ce discours, la parole est donnée à M. *Zimmermann* pour la lecture de ses communications :

1° L'OR COULÉ EN ART DENTAIRE ET EN BIJOUTERIE

La méthode de l'or coulé à cire perdue n'est pas un moyen nouveau, puisque les Phéniciens la connaissaient déjà. Elle est utilisable aussi bien pour les pièces délicates d'orfèvrerie que pour la coulée des pièces de volume énorme, comme les statues équestres. Par exemple, la statue équestre de Louis XIV, due au sculpteur Girardon et coulée par Keller, mesurait 7 mètres de hauteur. Les moyens nouveaux ont comme avantage de donner plus de justesse, de finesse au travail et de le faciliter. Ils sont extrêmement simples et demandent seulement l'emploi de quelques produits spéciaux.

L'auteur de la communication montre divers modèles de prothèse ou d'orfèvrerie exécutés au moyen de la presse Solbrig-Platschick.

2° DES BRIDGES AMOVIBLES.

Les bridges amovibles présentés sont exécutés en argent et reproduisent intégralement des bridges en or placés en bouche depuis plusieurs années. Les bridges sont de deux

genres : bridges amovibles à selle et bridges amovibles sans selle.

Le premier est un bridge à selle de longue étendue, composé de trois piliers, un antérieur et deux postérieurs, reliés entre eux par les trois dents manquantes.

Le second est un bridge à selle dont les deux piliers sont antérieurs et les deux dents manquantes sont placées sur une selle postérieure.

Le troisième est un bridge sans selle composé de deux piliers et de deux dents intermédiaires. Les deux piliers sont deux couronnes télescopes à pivot et gaîne de platine.

Le quatrième est un bridge sans selle composé de deux inlays amovibles entre lesquels est placée une dent artificielle.

Cette communication, qui reçut les félicitations de tous, était d'autant plus intéressante qu'elle s'accompagnait de la présentation de patients, porteurs eux-mêmes de bridges semblables à ceux présentés et cela avec succès depuis un nombre suffisant d'années pour démontrer la valeur de la méthode. Plusieurs confrères prirent part à la discussion et émirent leur avis sur la construction de ces bridges. MM. *Pont*, *Soulard*, *Wadington*, *Vanel*, préfèrent pour le scellement des dents le soufre au ciment.

M. Godon demande si le scellement à la gutta ne diminue pas l'indication de l'emploi des bridges amovibles. C'est qu'en effet, dit-il, la gutta facilite beaucoup la fabrication des bridges en permettant un enlèvement facile, par conséquent la possibilité d'essayages à demeure nombreux, de retouches, de nettoyage, donc d'antisepsie. Il insiste également sur l'importance d'une bonne articulation faite selon les règles avec l'aide de l'articulateur et sur la reconstitution des cuspides internes que l'on a trop tendance à négliger.

M. Pont insiste, lui aussi, sur l'importance d'une bonne articulation dans le montage des bridges et sur l'emploi des articulateurs soit de Gysi, soit physiologique.

CHRONOLOGIE DE LA DENTITION TEMPORAIRE, PAR M. PONT.

M. Pont, en son nom et au nom de M. Trillat, chef de clinique obstrétricale à la Faculté de Lyon, donne une chronologie de la dentition temporaire qui a le mérite d'être simple, facile à retenir, logique et vraie.

Il indiquait depuis longtemps cette chronologie, sans toutefois l'avoir contrôlée cliniquement pour permettre à ses élèves d'avoir une chronologie simple et facile à retenir ; en tous cas, elle était logique et cadrait avec le nom d'une des diverses et multiples chronologies plus ou moins classiques.

Depuis lors, en collaboration avec M. Trillat, cette chronologie a été vérifiée cliniquement.

L'examen de plus de 1200 enfants aux dates fixées par cette chronologie a montré la grande exactitude de cette dernière dans la majorité des cas.

Cette chronologie est basée sur cette idée que les dents comme les ongles et les poils évoluent d'une façon régulière. En conséquence, tous les deux mois un groupe de dents doit apparaître chez l'enfant : les incisives centrales inférieures se montrent à 8 mois ; puis, dans l'ordre indiqué par les auteurs classiques, de deux mois en deux mois apparaissent les dents suivantes. Nous avons donc le tableau ci-dessous :

Incisives centrales inférieures.	8	mois.
— — supérieures	10	—
Incisives latérales inférieures.	12	—
— — supérieures	14	—
Première molaire inférieure.	16	—
— — supérieure	18	—
Canines inférieures	20	—
— supérieures	22	—
2e molaire supérieure	24	—
— inférieure	26	—

Discussion.

M. Audy demande si l'auteur ne pense pas que la race exerce une influence sur la chronologie de l'éruption des dents.

M. Pont répond que ses moyennes ont été établies d'après l'examen de jeunes enfants français de provinces diverses et qu'il n'a rien constaté de particulier. M. Wadington, qui a eu maintes fois l'occasion d'examiner la race tunisienne, ne pense pas qu'il y ait de différence

entre les moyennes de M. Pont et ce qu'il a pu constater lui-même.

M. Nux pense que la chronologie de M. Pont est très intéressante par ce fait qu'elle est une moyenne et qu'elle est ainsi facile à retenir et à fixer.

M. Vanel rappelle qu'il y a quelques années il fit sur ce même sujet un travail. Après examen d'enfants de maternités ou de crèches dans les hôpitaux de Paris, un tableau fut établi. Les chiffres se rapprochent beaucoup de ceux de M. Pont, sauf pour les grosses molaires où la date d'éruption est plus tardive. De plus, M. Vanel avait cru bon alors de faire une différence entre les enfants élevés au sein et ceux élevés au biberon. Si pour les enfants élevés au sein le tableau de M. Vanel est presque semblable à celui de M. Pont, le tableau des enfants élevés au biberon s'en éloigne beaucoup. Il existe en effet souvent une différence sensible, un retard d'un à trois mois, entre la période d'évolution des dents chez les enfants élevés au biberon et ceux élevés au sein.

De l'utilité des Fiches de Traitement en odontologie, par M. Robert Morche.

On sait que l'usage des *fiches dentaires*, plus exactement dénommées *fiches de traitement,* tend de plus en plus à se généraliser. Instituées par les écoles où elles sont d'une nécessité absolue pour les besoins de l'enseignement, de la statistique et de la comptabilité, elles s'imposent peu à peu au dentiste par les services incontestables qu'elles sont destinées à rendre.

Il peut paraître utile de rappeler le but exact de ces fiches de traitement, ne serait-ce que pour en montrer la valeur réelle aux praticiens qui dédaignent ou négligent leur emploi.

Les fiches possèdent particulièrement trois indications réelles : indications de traitement, de comptabilité et d'identité.

Indications de traitement :

Dès la première visite d'un patient quelconque, le dentiste doit inscrire sur la fiche de traitement les dents à traiter ou déjà obturées, les dents à extraire ou déjà extraites, la nature des obturations, le nombre, la forme et l'espèce des appareils prothétiques, etc., toutes ces indications

notées au moyen de signes conventionnels sur le schéma de la fiche.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'une notation claire et précise qui permette, le cas échéant, de surveiller méthodiquement les dents du patient et de se rendre compte, année par année, d'une façon infaillible, du progrès des affections dentaires, de la valeur des traitements effectués, de la durée des obturations, etc.

Comme le dit si bien M. Amoëdo dans son magistral ouvrage *l'Art dentaire en Médecine légale,* « Les notations schématiques des fiches dentaires sont le seul moyen de réduire à néant les réclamations erronées, quoique sincères, des malades se plaignant de l'insuccès de la dernière obturation, car, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, ce n'est pas la dernière dent obturée, mais une autre — souvent soignée par un confrère — qui cause la douleur. Dans ce cas, et surtout dans les cas d'expertises si le dentiste a ses livres en ordre, rien de plus facile que de convaincre le patient de son erreur, et de gagner ainsi son estime par la précision des renseignements fournis ».

Indications de comptabilité :

Les indications de comptabilité (honoraires, créances, remises, etc.) sont notées et datées sur les fiches en regard des travaux effectués, déjà notés sur le schéma ; ce *modus operandi* permet de savoir instantanément, dans tous ses détails, le compte des sommes versées et dues par le patient. Au verso de la fiche il est facile d'indiquer brièvement le mode de paiement ou de recouvrement, qui varie souvent suivant la situation du débiteur.

Indications d'identité:

Les schémas dentaires possesseurs de leurs notations complètes sont les plus merveilleux instruments d'identité connus, supérieurs en de nombreux cas au système, cependant célèbre, de M. Bertillon, directeur du service anthropométrique.

C'est grâce aux schémas dentaires fidèlement produits

par leur dentiste que les cadavres de nombreuses et malheureuses victimes d'accidents ont pu être identifiés. C'est ainsi que dans l'incendie du *Bazar de la Charité,* il y a quelques années, certains cadavres étaient tellement déformés et calcinés par le feu, avec le visage carbonisé, les bijoux fondus, que l'on avait renoncé à les reconnaître et ce n'est que grâce à l'intervention des dentistes des victimes, MM. Burt, Brault, Davenport, Godon, Ducournau, etc., munis de leurs fiches et de leurs schémas, qu'on put, après examen minutieux des cadavres, rendre cette reconnaissance possible. Malgré la calcification des chairs, l'état des dents des victimes permit cette identification ; ce fut le cas de la duchesse d'Alençon, de la comtesse de Villeneuve, etc.

Le corps du prince impérial, odieusement mutilé par les Zoulous, et celui du marquis de Morès, assassiné au Sahara, furent reconnus également grâce aux indications données par leurs dentistes.

On voit donc, sans insister sur ces faits, l'utilité incontestable des fiches dentaires.

Chaque dentiste peut adopter un système spécial de fiches ; le nôtre nous satisfait pleinement, mais il est susceptible de transformations suivant les idées particulières de chacun.

On remarquera dans cette fiche les dents permanentes et les dents temporaires, supérieures et inférieures, numérotées de chaque côté de 1 à 8, en commençant en haut et en bas, par l'incisive centrale pour finir à la dent de sagesse. Sur ces petits dessins représentant les trente-deux dents permanentes et les vingt dents de lait, le dentiste note, au moyen de signes conventionnels, croix, hachures, tirets, les dents extraites, les dents en traitement, les obturations, etc... ; ces notations sont ensuite reportées, avec la date et les indications d'honoraires sur la fiche même dont le schéma constitue la partie la plus importante.

Puisse cette petite étude contribuer à répandre le système que nous préconisons, autant dans l'intérêt des dentistes que de leurs patients, et cela leur permettera peut-être dans de douloureuses circonstances, semblables à celles

que nous avons relatées plus haut, de faire apprécier davantage encore le côté scientifique et humanitaire de leur art.

DISCUSSION.

Cette communication reçut l'approbation de tous les confrères, personne ne pouvant contester l'importance et l'utilité des fiches dentaires, dans la pratique courante, à l'armée, à l'école.

MM. *Pont* et *Godon* insistent sur l'importance des fiches aux points de vue pratique et scientifique. Tous les deux rappellent que des contestations entre patients et praticiens ont été facilement résolues grâce aux fiches qui ont pu établir rapidement la vérité. Ils ont également souligné leur importance au point de vue médico-légal et ont rappelé à ce sujet l'incident récent chilo-allemand où des difficultés diplomatiques ont pu être évitées grâce à la fiche dentaire qui a permis d'identifier un cadavre.

M. Vichot pense que les fiches sont indispensables pour le dentiste, qui a malheureusement besoin d'y recourir trop souvent pour établir sa bonne foi.

L'ART DENTAIRE EN TUNISIE, PAR M. THOMASO ALBIN.

En Tunisie, l'art dentaire au point de vue scientifique se trouve dans un état déplorable en raison du défaut de surveillance de la part des autorités sanitaires de la Régence, lesquelles permettent à des personnes complètement dépourvues de titres scientifiques et universitaires d'exercer l'art dentaire. La Tunisie est une région où l'odontologie a beaucoup à gagner : celle-ci y parviendra si les sociétés odontologiques de la métropole réussissent à faire modifier les lois et décrets qui règlent en Tunisie l'exercice de l'art dentaire.

L'auteur se permettra d'étudier et communiquera dans un futur travail tout ce qu'il faudrait faire pour ces progrès de l'odontologie dans la Régence.

MM. Godon, Wadington, Vichot, Pont prennent part à la discussion à la suite de laquelle le vœu suivant est émis : « Les confrères tunisiens sont invités à s'organiser et à constituer une société qui pourra et devra même s'affilier

aux sociétés odontologiques de la métropole et internationales. »

Contribution a l'étude des pressions vestibulo-linguales et linguo-vestibulaires subies par les dents, par M. Ch. Godon.

Cette communication a pour but de répondre à la critique adressée à l'auteur par M. Otto Riechelmann, de Strasbourg, dans son travail : *La barre transversale de soutien pour bridges au point de vue des pressions s'exerçant dans la bouche.*

Dans ce travail, M. Riechelmann a reproduit aimablement la plus grande partie des *Considérations sur l'action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire,* publiées en 1906, dans *L'Odontologie* par M. Ch. Godon, mais il lui reproche de ne pas avoir tenu assez compte dans cette étude des pressions latérales. M. Godon répond à cette critique en montrant que dans la loi sur *l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires* qu'il a préconisée, il a bien indiqué en termes généraux les diverses pressions latérales subies par les dents. Il reconnaît cependant la grande importance de ces pressions et la nécessité d'y insister davantage. Il présente plusieurs figures et cite des observations qui le démontrent.

Il conclut ainsi : dans toute reconstitution prothétique dentaire, il est nécessaire de tenir compte non seulement des pressions mésio-distales et disto-mésiales, mais encore des pressions latérales, vestibulo-linguales et linguo-vestibulaires, et de les annuler autant que possible pour soulager les dents de soutien dans les bridges, particulièrement par la reconstitution des tubercules externes et internes, ces derniers surtout, et dans bien des cas par l'adjonction de l'arc transversal de renforcement.

Cette communication a vivement intéressé les confrères. Elle fut, il est vrai, très clairement exposée et accompagnée de dessins au tableau qui en ont encore facilité la compréhension.

DISCUSSION.

M. Zimmermann pense que l'articulation de tout appareil, quel qu'il soit, bridge, appareils en or ou en caoutchouc, doit être faite à l'aide de l'articulateur.

M. Pont insiste sur l'importance de cette communication et sur la reconstitution du tubercule interne. Dans la construction des appareils dentaires, l'articulation est indispensable et elle est encore plus indiquée dans la construction des bridges que dans toute autre prothèse.

M. Nux n'emploie pas l'articulateur et obtient cependant de bons résultats. Il expose le moyen dont il se sert pour établir l'articulation, moyen qui lui semble très pratique et lui donne presque toujours satisfaction. On meule, explique-t-il, les cuspides des prémolaires et l'on rentre le plus possible à la face externe l'articulation des grosses molaires. Il pense néanmoins que l'emploi de l'articulateur ne peut que donner d'excellents résultats.

DEUX CAS DE NÉCROSE GRAVE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, PAR M. NUX.

Nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, deux cas graves de nécrose du maxillaire inférieur. Cette nécrose s'est produite après l'extraction de la dent de sagesse chez des sujets jeunes dont les dents n'étaient pas cariées et qui ne présentaient ni syphilis, ni intoxication phosphorée.

Dans les deux cas, pour enlever les séquestres, on a fait une résection sous-périostée et le maxillaire s'est parfaitement reconstitué, surtout chez le premier malade auquel nous avions fait une prothèse immédiate.

Nous pensons que le mécanisme des lésions que nous avons observées pourrait se résumer en quelques mots. Le sac folliculaire de la dent de sagesse qui vient de faire sa désinclusion est infecté, l'extraction pénible de la dent amène une félure du feuillet alvéolaire interne et, par cette félure, l'infection se propage par le tissu spongieux du maxillaire jusqu'au canal dentaire inférieur, ce qui expliquerait la rapidité et la gravité de la nécrose.

Ces cas sont heureusement fort rares et c'est pour cela qu'il nous a paru intéressant de vous les montrer.

Anesthésie locale par l'association de produits anesthésiques avec l'eau oxygénée (méthode de Marmouget), par M. Vanel.

MM. Vanel et Mahé ont expérimenté depuis plusieurs mois ce nouveau procédé pour l'extraction des dents. Trouvant que les produits anesthésiques employés jusqu'à ce jour sont loin d'être inoffensifs et de donner toujours des résultats satisfaisants, les auteurs recherchaient un produit capable de donner une aussi bonne anesthésie que les solutions adrénalines sans présenter leurs fâcheux inconvénients. Aussi à la suite du travail de M. Marmouget sur l'anesthésie locale par injection hypodermique du mélange d'une solution de cocaïne ou de novocaïne et d'eau oxygénée, ont-ils expérimenté cette méthode, qui leur a semblé présenter des qualités réelles.

Les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi : pouvoir anesthésique de la cocaïne ou de la novocaïne augmenté, grande action hémostatique sans les graves inconvénients de l'adrénaline, diminution de la toxicité par diminution des doses ; suppression des malaises et des accidents médiats ou immédiats. Ces propriétés rendent précieux l'emploi de ces solutions dans certains cas : enfants, vieillards, nerveux, diabétiques, femmes enceintes, idiosyncrasiques. Par contre cette combinaison est absolument inférieure aux combinaisons adrénalisées pour l'analgésie dentaire.

La surveillance de l'état général au cours des redressements, par M. Raymond Lemière.

Pour mener à bien un redressement dentaire, il faut prendre certaines précautions concernant la santé générale de l'enfant que l'on soigne.

Les appareils fixes très actifs que l'on emploie aujourd'hui entravent un peu l'alimentation, puisque la mastication est gênée ; il est donc indispensable avant la pose de l'appareil d'observer l'état général et de le surveiller pendant toute la durée du traitement.

Si l'on a affaire à un enfant anémique, présentant des troubles de croissance, ayant un appétit médiocre, ou en voie d'amaigrissement, il faudra, avant toute autre chose, se mettre d'accord avec le médecin de la famille pour prescrire un traitement général ; c'est surtout au moment de la puberté, à l'âge de 14 ou 15 ans que les précautions devront être le plus grandes, car la suractivité de croissance osseuse et musculaire qui se produit à cette époque met déjà par elle-même en péril la santé générale. A ce moment, une alimentation riche est utile pour favoriser la nutrition ; il y aurait donc de gros inconvénients à troubler la mastication à ce moment critique de la croissance de l'enfant.

En tous cas, si au cours d'un traitement, on constate que la gêne de la mastication trouble trop l'appétit, il sera bon de suspendre ce traitement pendant le temps nécessaire au rétablissement complet de la santé générale.

Il faudra surveiller le poids de l'individu, son facies et cesser d'agir dès que des signes de gêne trop marqués apparaissent. Pour cela, on peut se contenter de laisser l'appareil inactif, les ligatures peu serrées ; dans ce cas, l'appareil n'agit que comme appareil de maintien.

On peut encore, dans certains cas, n'agir que d'un seul côté de la bouche, laissant autant que possible un côté en état de fonctionnement normal pour la mastication.

Enfin l'auteur insiste particulièrement sur le nettoyage de la bouche au cours des redressements. Les appareils fixes donnent des résultats remarquables, mais ils demandent à être tenus toujours dans un état de propreté parfaite. Il sera nécessaire souvent de procéder à un nettoyage presque à chaque visite et surtout d'apprendre aux enfants à nettoyer eux-mêmes leurs appareils. Ce point est extrêmement important, particulièrement chez les enfants dont la croissance se fait lentement.

Sur un nouveau traitement de la pyorrhée alvéolaire, par M. Vichot (de Lyon).

Le traitement dont il est question n'est pas absolument

nouveau ; d'autres auteurs, entre autres M. Morel, de Dreux, l'ont employé et décrit.

Ce traitement est basé sur les propriétés éminemment bactéricides de l'ozone et modificatrices de la cellule. Après les expériences de fulguration de Kœting-Hart et les travaux de Foveau de Courmelles, nous avons utilisé les courants à haute fréquence pour le traitement de cette affection si rebelle : la pyorrhée alvéolo-dentaire.

L'instrumentation se compose d'un condensateur relié à une bobine de Ruhmkorf produisant une étincelle de vingt millimètres et d'un résonateur de Oudin.

Après le traitement préliminaire, c'est-à-dire le nettoyage très minutieux des dents et des culs-de-sac gingivaux, nous procédons à l'effluvation au moyen d'une électrode à vide, reliée au résonateur. L'étincelle jaillit à l'extrémité de l'électrode et se pulvérise pour ainsi dire sur les gencives. Il y a parfois une sensibilité assez grande des dents fortement atteintes de pyorrhée. Cette sensibilité s'atténue après le premier contact. Nous avons pu employer jusqu'à une étincelle de 6 à 7 millimètres à l'éclateur.

Ce traitement répété tous les deux jours pendant deux semaines nous a donné d'assez bons résultats dans un certain nombre de cas. Sur vingt et un cas traités nous avons obtenu dix guérisons parfaites, sept résultats douteux et quatre insuccès.

Cette question n'est pas encore suffisamment au point pour en tirer des conclusions fermes ; néanmoins nous pensons qu'il y a lieu de persévérer dans cette voie.

PIÈCE A MAIN A DÉCORTIQUER, USER, POLIR, POUR BRIDGES, INLAYS, ÉMAUX, ETC., PAR M. TOUVET-FANTON.

L'appareil destiné à compléter mon ancien *fretteur* est cette fois constitué par une *pièce à main* montée sur le tour à la façon de nos *angles* habituels. Le mouvement de rotation est transformé en un mouvement de va-et-vient latéral, très rapide et de petite envergure, que possède l'ex-

trémité agissante de l'appareil. Celle-ci reçoit des pointes de différentes formes et courbures terminées par des surfaces en grattoirs, limes, carborundum, scies, rubans, etc., utilisables sur les deux faces. La forme oblique de la pièce à main augmente encore l'accès du champ opératoire, on peut ainsi user une racine sur sa périphérie, rôder une bosse cervicale, un angle ou un espace interdentaire en tout point de l'un ou l'autre maxillaire. L'appareil peut ainsi considérablement aider à la préparation et à l'ajustage de nos piliers de bridges, bagues, inlays, émaux artificiels ou autres, en complétant l'emploi de nos instruments mécaniques et en se substituant avantageusement à celui de nos instruments manuels destinés à ces usages.

A propos des caries des dents temporaires, par M. Audy.

Sans pouvoir fixer par des statistiques très difficiles à établir la proportion des dents détruites par la carie et sans étudier toutes les causes locales ou générales, il est une cause des plus importantes sur laquelle il faut insister d'une façon toute particulière parce qu'elle est la plus habituelle et que le remède est facile à appliquer.

Cette cause est la consommation abusive de sucre en nature ou d'aliments fortement sucrés que les enfants ont une tendance à faire sous l'influence des préjugés, pour les très jeunes enfants, ou lorsque l'autorité des parents n'intervient pas d'une façon formelle pour supprimer ou seulement restreindre cette alimentation vicieuse chez les enfants plus âgés.

De nombreuses observations démontrent que la consommation du sucre est très mauvaise pour la conservation des dents temporaires, et que la suppression du sucre arrête la propagation de la carie sur les dents encore saines, lorsque bien entendu les dents atteintes ont été soigneusement traitées.

Observation de nécroses multiples du maxillaire inférieur, par M. Frison.

M. B. est atteint de nécrose étendue du maxillaire inférieur depuis plusieurs mois. Il a éliminé successivement les procès alvéolaires dans toute leur étendue et même quelques fragments de tissu compact. L'auteur présente un grand nombre de séquestres ainsi que des dents, qui, branlantes, furent extraites. Au point de vue étiologique aucune cause d'ordre général ne peut être invoquée : pas de tuberculose, pas de syphilis, la réaction de Wassermann est négative ; l'analyse des urines a montré qu'il n'y avait ni sucre, ni albumine. C'est donc à une cause toute locale qu'il faut rattacher l'affection ; c'est une complication d'arthrite suppurée d'une racine incisive du maxillaire inférieur.

L'ordre du jour étant épuisé, le président présente à l'assemblée un certain nombre de vœux qui doivent être soumis à l'Assemblée générale de l'A. F. A. S. le jour de la clôture du Congrès pour examen, adoption et présentation aux pouvoirs publics. Ces vœux sont approuvés à l'unanimité :

1er *vœu* : « Sur la situation des chirurgiens-dentistes dans l'armée ». Les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou ayant terminé la 4e année d'études c'est-à-dire ayant 2 ans de stage et huit inscriptions et qui ont subi avec succès à la fin de la première année de service l'examen de dentiste auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs 2e et 3e années de service comme dentistes auxiliaires. Ils jouissent des droits et prérogatives attachés aux emplois de médecins ou de vétérinaires auxiliaires. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'admission et les matières de l'examen.

2e *vœu* : « Sur la réduction à 4 ans de la scolarité odontologique ». Considérant les graves inconvénients de la brusque diminution du recrutement professionnel résultant de l'application du décret du 11 janvier 1909 tant au point de vue social qu'au point de vue de l'hygiène générale, des services de l'Assistance publique, des services dentaires de l'armée et de la marine, ainsi qu'au point de vue des intérêts de la profession dentaire, la section odontologique du Congrès de l'A. F. A. S. à Tunis émet le vœu que le décret du 11 janvier 1909 réglementant les études dentaires soit modifié ainsi : « La deuxième année de stage pourra se faire simultanément avec la première année de scolarité. Dans ce cas l'examen de validation de

stage pourra être subi immédiatement avant le 1er examen de scolarité. »

3e *vœu :* Sur l'inspection dentaire scolaire semestrielle par un chirurgien-dentiste.

4e *vœu* : Sur l'organisation de la profession dentaire en Tunisie.

Puis furent élus à l'unanimité :

M. Audy, président de la section d'Odontologie au 44e Congrès de l'A. F. A. S. en 1914 au Havre.

M. Roy, délégué pour 3 ans.

M. Godon, membre de la Commission des subventions.

Réceptions, Fêtes.

Presque chaque soir les congressistes assistèrent à des fêtes, à des réceptions organisées en leur honneur : Retraite aux flambeaux, fantasia, réception et concert par le comité local au palais des Sociétés françaises, dîner amical offert par M. Godon à ses confrères, conférence de M. Merlin, directeur des antiquités et arts sur les fouilles sous-marines de Mahdia, réception, concert et bal donnés par la Résidence, enfin banquet de la section d'Odontologie qui fut présidé, grâce à une amitié personnelle de l'un d'entre nous, par M. Carrière, maître des requêtes au Conseil d'Etat, délégué du gouvernement au Congrès de l'A. F. A. S.

Cloture du Congrès.

La séance de clôture du Congrès eut lieu le jeudi 27 mars. Des remerciements chaleureux et enthousiastes furent adressés à tous ceux qui avaient contribué au succès du Congrès, aux autorités civiles, militaires et arabes. Les trois premiers vœux de la section d'Odontologie furent adoptés et au milieu des applaudissements et de l'enthousiasme de l'assemblée fut clos ce Congrès qui, s'il ne fut pas en général très scientifique, fut cependant l'occasion d'une très agréable réunion de confrères, d'amis, et d'un voyage charmant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS DENTISTES ET LE SERVICE DE TROIS ANS

La plus vive agitation règne en ce moment parmi les étudiants dentistes. En effet, la Commission de l'armée n'a pas fait état de leurs revendications concernant l'assimilation demandée par eux aux autres catégories d'étudiants employés pour le service de santé de l'armée. Aussi les élèves en chirurgie dentaire ont-ils élu des délégués qu'ils ont chargés de faire, auprès des pouvoirs publics, les démarches propres à leur faire obtenir satisfaction.

« On ne voit guère, nous a expliqué M. Robine, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, pourquoi l'on n'utilise pas régulièrement dans l'armée les services des élèves en chirurgie dentaire, au même titre qu'on se sert des futurs médecins ou pharmaciens. Il faut faire maintenant pour être dentiste des études qui durent cinq années et qui sont sanctionnées par des examens sérieux, passés à la Faculté de médecine même. Pourquoi donc ne pas admettre que ces jeunes gens soient traités comme les autres étudiants ? On pourrait les employer d'une façon profitable et pour eux et pour l'armée.

» Depuis 1907, quelques-uns, dans quelques endroits, ont un service officieux. Mais ce n'est pas suffisant. On pourrait très bien créer dans l'armée de trois ans, des *dentistes auxiliaires*, comme il y a des médecins, pharmaciens, vétérinaires auxiliaires. En temps de guerre, ils seraient des aides excellents pour les chirurgiens, comme brancardiers, et puisqu'aussi ils savent administrer le chloroforme. »

Les étudiants dentistes se promettent donc de faire revenir la Commission sur sa décision. Le malheur, clament-ils, c'est qu'il n'y ait pas un seul député-dentiste ! Ils nous communiquent l'ordre du jour suivant qui résume leurs revendications :

« Les étudiants en chirurgie dentaire arguant de leurs longues études — 5 ans, — des divers examens passés à la Faculté de médecine (*Anatomie générale*, *Pathologie externe et interne*), de leurs connaissances approfondies en stomatologie, demandent que : les services qu'ils rendent dans l'armée officieusement depuis 1907, lors de la création des cabinets dentaires, soient reconnus par la *création d'un titre officiel de dentiste auxiliaire*, par exemple, permettant aux étudiants ayant au moins quatre années d'études de continuer efficacement pour eux et pour les Services de santé leur profession. Ils appuient leurs desiderata sur la nécessité reconnue des soins buccaux dans l'armée, ainsi que sur l'exemple donné par l'Allemagne depuis 20 ans et par les Etats-Unis. »

(*La Liberté*, 20 juin.)

HYGIÈNE

STATISTIQUES D'HYGIÈNE DENTAIRE DANS LE MILIEU SCOLAIRE PARISIEN

Par Prosper Merklen,
Médecin des hôpitaux.
Et François Ferrand,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

A l'aide de chiffres aussi rapprochés que possible de la vérité, nous avons essayé de nous faire une idée de la proportion des enfants habitués aux soins d'hygiène dentaire dans les écoles primaires parisiennes. Notre enquête a porté sur trois écoles, deux écoles de filles (rue Boutebrie et rue de Pontoise), une école de garçons (rue Saint-Jacques). Elles sont toutes trois fréquentées à la fois par des enfants de milieux pauvres et par des enfants de condition plus relevée, et sont alimentées par les environs de la place Maubert, par le boulevard Saint-Germain, avec les rues avoisinantes, depuis son origine jusqu'à son intersection avec le boulevard Saint-Michel (5e arrondissement).

Nos recherches ont trait à 350 filles et à 284 garçons, tous âgés de 8 à 13 ans. Nous avons réparti les enfants en trois groupes :

1° Ceux qui ne se nettoient jamais les dents ;
2° Ceux qui se nettoient les dents tous les jours ;
3° Ceux qui se nettoient de temps en temps.

	Sur 350 filles	Sur 284 garçons
Enfants ne se nettoyant jamais les dents	130, soit 37 0/0	116, soit 40 0/0
Enfants se nettoyant les dents tous les jours	91, soit 26 0/0	74, soit 26 0/0
Enfants se nettoyant les dents de temps en temps...............	129, soit 36 0/0	94, soit 33 0/0

On aurait pu craindre que la lecture de ce tableau ne donnât des renseignements encore plus fâcheux. Sur 99 filles 37 ne se nettoient jamais les dents, 26 les nettoient tous les jours, et 36 les nettoient par intervalles. Mêmes proportions pour les garçons, ce qui prouve que les chiffres correspondent à des moyennes admissibles. Sur 99 garçons, 40 ne se nettoient jamais les dents, 26 les nettoient tous les jours, 33 les nettoient par intervalles.

En résumé *plus d'un tiers* des enfants de nos écoles ne se nettoie jamais les dents (38,5 %), *le quart* les nettoie tous les jours (26 %); *un tiers* les nettoie par intervalles (34,5 %). Ce *quart* doit déjà paraître satisfaisant dans l'état actuel des choses:

Les enfants qui ignorent les soins dentaires appartiennent en général à des familles foncièrement pauvres. Une statistique du même ordre faite dans les quartiers purement ouvriers verrait à coup sûr leur nombre s'élever. Le besoin de propreté et de bien-être augmente avec le niveau social et intellectuel.

Le quart des enfants qui se nettoient les dents, le tiers de ceux qui les nettoient par intervalles permettent d'espérer qu'avec les efforts soutenus on arriverait à mieux. La voie est évidemment tracée, et les exhortations ne s'adresseraient pas à des cerveaux inaptes à les comprendre. Si l'on veut bien se rappeler que l'absence de soins constitue une cause essentielle de carie dentaire, on voit quels services pourraient être rendus aux enfants dans l'avenir.

Reste à savoir comment les enfants sont habitués à entretenir leur dentition. Les uns se servent d'une brosse, les autres se contentent d'une serviette ou d'un simple rinçage.

Sur les 220 filles qui s'intéressent régulièrement ou non à leurs dents, 168 emploient la brosse, soit 76 %, et 52 la serviette ou le rinçage, soit 23 %. Sur les 168 garçons, les chiffres correspondants sont de 96 soit 57 %, et de 72 soit 42 %. Les filles se montrent ici plus soigneuses que les garçons, ce qui tient en partie à l'éveil dans le jeune âge de la coquetterie habituelle de la femme.

Il apparaît aussi que l'usage de l'hygiène dentaire tend à se généraliser avec l'âge. Sans donner encore de nouveaux chiffres, retenons que les enfants prennent d'autant mieux soin de leur dentition qu'ils avancent en âge. Le fait est naturel. Il est surtout évident pour les filles, en général plus préoccupées de leur personne que les garçons; les reproches qu'on pourrait leur adresser à cet égard tournent en l'espèce à leur avantage.

Des statistiques analogues ont été sans doute déjà établies. Il serait profitable en tous cas de les multiplier dans les différents milieux scolaires. Elles aideraient sans doute à propager la pratique de l'hygiène dentaire dès les premières années. Elles abaisseraient ainsi dans une certaine mesure les chiffres déplorables rapportés par Cruet[1] et Cunninghàm[2] entre autres, qui nous montrent plus de 90 % de la population scolaire frappée de carie dentaire.

---

1. CRUET, 3e *Congrès international d'hygiène scolaire*, Paris 1910, tome I, p. 717.
2. CUNNINGHAM, *idem*, tome III, page 887.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

MÉCANICIEN-DENTISTE CONTRE DENTISTE

Un mécanicien-dentiste réclamait à un dentiste de Paris, devant le Tribunal civil, 20.000 francs de dommages-intérêts, dans les circonstances suivantes. Ayant été appelé à le remplacer auprès de sa clientèle pendant une absence de quinze jours, il s'était, en réparant l'appareil dentaire d'un patient, blessé à l'auriculaire de la main droite avec un instrument dit onglette. La plaie s'était ultérieurement enflammée et le blessé avait été reconnu atteint de syphilis. Déjà il avait intenté une action contre le dentiste et réclamé une rente en vertu de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail ; mais le Tribunal, puis la Cour de Paris, par un arrêt confirmatif du 7 avril 1912, avait déclaré cette loi inapplicable en l'espèce, les dentistes n'y étant pas assujettis. Mais l'arrêt de la Cour avait indiqué dans ses motifs qu'il n'était d'ailleurs pas établi que l'appareil dentaire fût contaminé et que l'infection de la plaie se fût produite à l'occasion du travail.

La première Chambre du Tribunal a tout d'abord repoussé l'exception de chose jugée qu'avait invoqué le dentiste défendeur, et s'est fondée, en ce sens, sur ce que l'action nouvelle procédait non de la loi de 1898, mais de l'article 1382 du Code civil, et également sur ce que les considérants visés figuraient dans les motifs seuls de la décision. Mais au fond le jugement s'est approprié, en en reconnaissant l'exactitude, les appréciations de l'arrêt, et a débouté le demandeur, rejetant comme inopérantes son articulation à fin d'enquête et ses autres conclusions.

(Trib. civ. Seine, 1re Ch. suppl. — Présidence de M. Mabire. — Audience du 20 juin 1913. — Mes *Barth* et *Lebée*, avocats.)

(*La Gazette des Tribunaux*, 21 juin 1913.)

LA VENTE D'UN CABINET MÉDICAL

La jurisprudence considère, on le sait, comme illicite et nulle la vente des cabinets de médecin et de chirurgien-dentiste, la clientèle médicale étant « une chose qui n'est pas dans le commerce » puisqu'elle dépend des qualités professionnelles des praticiens et aussi de la confiance qu'ils inspirent.

La 5e chambre civile vient cependant, dans une question d'espèce, il est vrai, de décider, après plaidoiries de Mes Jacobson et Justal,

qu'une telle vente, — celle d'un cabinet dentaire, — est parfaitement valable quand elle s'assortit d'un droit au bail et de la faculté pour l'acquéreur de se dire le successeur du vendeur.

ENTRAVE DANS L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE

M. C., chirurgien-dentiste, occupait un appartement de 7.000 fr., dans un immeuble situé, 57, boulevard Haussmann, et appartenant à la Compagnie d'assurances « La France-Vie ». Dans la même maison habitait M. Macaura, dont la clientèle de malades envahissait non seulement l'appartement de ce praticien, mais encore l'escalier et le trottoir même de la rue. M. C., dont les clients éprouvaient du fait de cet encombrement une gêne considérable, au point de ne pouvoir accéder au cabinet du chirurgien-dentiste, se plaignit et intenta contre la France-Vie, sa propriétaire, une demande en résiliation de location et en 35.000 francs de dommages-intérêts.

Le Tribunal, faisant application de l'article 1719 du Code civil, qui prescrit au bailleur d'assurer au preneur la jouissance paisible des lieux loués, a prononcé la résiliation de la location de M. C., et condamné la France-Vie à 4.000 francs de dommages-intérêts envers ce dernier. M. Macaura est condamné à garantir et indemniser de ces condamnations la Compagnie d'assurances propriétaire. M. C. devra seulement payer à la France-Vie une somme de 2.297 francs à titre de loyer.

(Trib. civ. Seine, 1re Ch. — Présidence de M. Monier. — Audience du 25 juin 1913. — Mes *Desjardin*, *Cresson* et *Ch. Philippe*, avocats.)

(La *Gazette des Tribunaux*, 26 juin 1913.)

AUX ASSISES ANGLAISES

Un mécanicien-dentiste allemand, M. W. K., a comparu devant la cour d'assises de Winchester (Angleterre), sous l'inculpation de violation de la loi relativement aux secrets officiels. Il était accusé de s'être procuré le livre naval du chantier de Portsmouth. Il a été condamné à cinq ans de travaux forcés.

(*Die Post*, 26 juin ; *La Suisse*, 28 juin.)

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. R. Lelièvre, membre de l'A. G. S. D. F., vient de perdre sa belle-mère, Mme Vve Ferber, décédée le 7 juillet, à Caen, à l'âge de 79 ans.

Nous lui adressons nos condoléances.

NOUVELLES

Récompense.

Nous sommes heureux d'apprendre que notre confrère M. Pillière de Tanouarn, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a reçu la médaille de bronze de l'Assistance publique pour services rendus à cette Administration.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. le Prof. Debove a été nommé secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Nous lui adressons nos félicitations.

Nouveau Journal.

Nous avons reçu le premier numéro du *Nord-dentaire,* bulletin trimestriel du Syndicat des chirurgiens-dentistes du nord de la France. Il a pour Comité de rédaction le bureau de ce Syndicat, dont le Président est notre confrère M. L. Joly, de Calais, membre de l'A. G. S. D. F.

Fédération dentaire nationale.

Le Comité exécutif de la F. D. N. s'est réuni le 22 juillet.

Après approbation du procès-verbal de sa réunion du 3 juin 1913 et du procès-verbal du Bureau du 8 juillet il a été mis au courant par le secrétaire général de la correspondance avec le Ministre de la Guerre et M. Méquillet, député, au sujet de la situation des dentistes au point de vue militaire, ainsi que de la discussion qui a eu lieu à la Chambre des députés à ce sujet le 18 juillet.

Il a approuvé le texte d'une pétition à adresser à divers sénateurs sur la même question.

Le Comité a chargé MM. Godon, Roy, d'Argent, G. Viau et Lemière de représenter la Fédération au Congrès dentaire belge de Gand (27 et 28 juillet 1913).

Il a chargé M. Godon d'assurer la représentation de la Fédération à l'inauguration des nouveaux bâtiments de l'Ecole de chirurgie dentaire de Montréal.

Il a chargé également MM. Godon, Pont, Roy, Franchette, H. Villain de représenter la Fédération à la session de la F. D. I. à La Haye.

4e Congrès international d'hygiène scolaire.

Le 4e Congrès international d'hygiène scolaire aura lieu à Buffalo (Etat de New-York) les 25, 26, 27, 28, 29, 30 août 1913. Il comprendra dans la section IV, 18e séance, salle E, le mardi 26 août à 9 h. du matin et à 8 h. du soir, et le mercredi 27 août à 9 h. du matin, des communications sur l'hygiène buccale.

Cette sous-section est organisée par l'Association nationale d'hygiène buccale, avec M. G. Ebersole, de Cleveland, pour secrétaire.

Les communications annoncées sont les suivantes :

William A. White (de Phelps, Etat de New-York). — L'hygiène de la bouche et ses rapports avec la croissance des enfants.

E. Jessen (Strasbourg). — L'hygiène dentaire et les cliniques dentaires dans les écoles.

Albin Lenhardtson. — Les traits principaux du mouvement actuel en faveur de l'hygiène de la bouche en Europe.

Mariages.

Le mariage de Mlle Marguerite Cannon, D. E. D. P., fille de notre confrère M. Cannon, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. J. Le Corre, architecte diplômé par le Gouvernement, a eu lieu à Argenteuil le jeudi 24 juillet.

Le mariage de notre confrère M. Maurice Despré, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marcelle Susselin, a été célébré à Hérimoncourt (Doubs) le 12 juillet.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Une annonce stomatologique.

On lit dans le *Répertoire de médecine et de chirurgie*, sous la rubrique *Postes-demandes*, l'avis suivant, qui montre l'opinion de certains médecins en ce qui concerne l'art dentaire.

No 8191. — *Dr marié, 39 ans, désire acquérir dans S.-O.-Midi-S.-E., cabinet* de spécialité facile *(Electrothérapie)*, dents, *ou consultations dans station climatologique, ou part intéressée avec apport dans clinique, maison de santé, etc. S'adresser au Journal.*

Nous nous faisons un plaisir de renvoyer cette annonce à l'Ecole de stomatologie.

Avis.

Le programme de l'enseignement et des conditions d'admission à l'Ecole dentaire de Paris (brochure blanche) pour 1913-1914 est à la disposition de toutes les personnes qui le demanderont au secrétariat, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, au prix de 0 fr. 50.

L'annuaire de la Société pour 1913 (brochure jaune) est en distribution actuellement.

DERNIÈRE HEURE

Le service militaire et les chirurgiens-dentistes.

M. Méquillet, député, a soutenu, dans la séance de la Chambre du 18 juillet, l'amendement à l'art. 15 du projet de loi portant à 3 ans la durée du service militaire, que nous avons reproduit dans notre numéro du 30 mai. Il l'a développé avec talent et de la manière la plus complète, et le Bureau de la F. D. N., qui était intervenu à diverses reprises auprès de lui, ainsi d'ailleurs qu'auprès de la Commission de l'armée, lui a adressé de chaleureux remercîments.

Nous publierons dans un prochain numéro le compte rendu de cette séance de la Chambre.

33e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1913 VOL. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE RADIUM ET SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Particulièrement au point de vue pharmacologique.

Par A. JABOIN,
Docteur en Pharmacie.

(Communication à la Société d'Odontologie, 3 juin 1913.)

M. Jaboin commence sa causerie sur le radium en parlant des minerais de radium, de la valeur de ces minerais, enfin de la préparation du radium et de ses difficultés. Il aborde ensuite sans transition la question des propriétés générales de ce corps.

PROPRIÉTÉS GÉNÉRALES.

Le radium a été isolé en 1910, par Mme Curie et M. Debierne, en partant d'un amalgame.

Son poids atomique est de 226.

A la flamme il donne un spectre constitué par une bande très étendue dans le rouge et deux dans le bleu.

On a dit d'abord qu'il était deux millions, puis quatre millions de fois plus actif que l'uranium métallique. Il lui faut plusieurs centaines d'années, environ dix-huit cents ans, pour perdre la moitié de ses propriétés radioactives.

Rayonnement. — Le radium et les corps radioactifs sont susceptibles d'émettre un rayonnement.

Ce rayonnement est constitué par des rayons complexes qu'on divise en trois groupes principaux : α, β et γ.

Les rayons α, véritables projectiles chargés d'électricité positive, sont rapidement absorbés par l'air et sont arrêtés

par une lame d'aluminium de quelques centièmes de millimètre.

Les rayons β sont composés de projectiles deux mille fois plus petits que les précédents et chargés d'électricité négative. Ils traversent facilement le bois, le papier, les substances organiques ; les métaux tels que le platine et le plomb, par exemple, les absorbent fortement.

Les rayons γ sont constitués par des mouvements ondulatoires et présentent des analogies avec les rayons X ; mais ils sont beaucoup plus pénétrants puisqu'ils peuvent traverser plus de 7 à 8 centimètres de plomb alors que les rayons de Roentgen sont arrêtés par quelques millimètres seulement de ce métal.

Le radium émet environ 90 °/₀ de rayons α, 9 °/₀ de rayons β et 1 °/₀ de rayons γ.

Le passage du rayonnement à travers les corps est très important en thérapeutique. La faculté de pénétration des rayons du radium est en raison inverse des densités des corps faisant écrans.

Luminosité. — Les sels de radium jouissent d'une luminosité naturelle, souvent assez difficile à apprécier. Ils rendent lumineux les écrans de platino-cyanure de baryum ou les écrans de sulfure de zinc. Mélangés à ce dernier corps, celui-ci devient indéfiniment lumineux.

Les sels de radium ou radioactifs impressionnent la plaque photographique.

Pouvoir d'ionisation. — Les sels radioactifs déchargent l'électroscope. Ils doivent ce pouvoir à leur propriété d'*ioniser* l'air, c'est-à-dire de rendre le milieu ambiant conducteur d'électricité.

Emanation. — Une des propriétés principales du radium est celle de dégager de l'émanation.

Cette émanation se comporte comme un gaz et obéit dès lors à la loi de Mariotte et à celle de Gay-Lussac. Elle ne pénètre pas à travers le corps tant qu'elle est à l'état de gaz, mais elle est elle-même radioactive et l'on peut la recueillir et la condenser dans l'air liquide.

Elle a la propriété de se déposer sur les corps environnants et de former ainsi ce que l'on nomme la *radioactivité induite.* Cette radioactivité induite persiste même quelque temps après que le corps radioactivé a été mis hors de l'émanation. Elle comprend aussi les trois sortes de rayons α, β et γ.

Lorsque l'émanation est séparée du radium, sa vie est courte et suit ce qu'on appelle la *loi exponentielle de Curie*, c'est-à-dire qu'elle subit, en vase clos, une perte de moitié en quatre jours. Lorsque le corps imprégné de radioactivité n'est pas enfermé, la radioactivité baisse de moitié en une demi-heure et devient par suite beaucoup plus rapidement nulle que dans le premier cas. Si l'émanation reste au contact du radium, elle se renouvelle au fur et à mesure qu'elle se désagrège, si bien que la quantité d'émanation produite finit par devenir *constante.* Ce phénomène se produit environ au bout de vingt-cinq jours ; on dit alors que l'*équilibre radioactif est atteint:* c'est le moment où une quantité quelconque de radium donne son maximum d'émanation.

Détermination de la quantité de radium.

Avant d'examiner les applications du radium, il est utile de voir comment on détermine sa quantité ou sa qualité.

A l'origine, on le comparait avec l'uranium métallique auquel on attribuait une activité égale à 1. Le bromure de radium pur avait une activité égale à 2 millions ; d'après des travaux plus récents, cette radioactivité pourrait être évaluée à 4 millions. Il n'est donc pas possible de se baser sur l'activité pour déterminer la quantité de sel de radium contenue dans une substance radifère.

On l'établit maintenant comparativement à un étalon international confié à la garde du laboratoire Curie. Cette importante détermination a été prise depuis le Congrès international de Bruxelles de 1910.

Scientifiquement, on détermine le radium en *radium-*

élément ; mais dans la pratique on évalue la teneur en bromure.

Quant à la mesure de l'émanation, on a employé longtemps en Allemagne les unités électro-statiques, telles que le *volt* ou *l'unité Mache*. La première de ces unités est fantaisiste et doit être rejetée absolument. Quant à *l'unité Mache*, c'est la *chute de tension produite dans un temps connu par un condensateur de capacité connue placé dans un récipient contenant l'émanation*. Les unités électrostatiques sont des mesures peu pratiques qui n'ont pas la simplicité de celles qui se rapportent au poids de radium. Elles n'ont d'intérêt que par les nombres élevés qu'elles permettent d'employer, ce qui amplifie superficiellement la teneur en radium.

En France, Curie a d'abord employé à l'origine le *milligramme-minute* qui est la *quantité d'émanation produite en vase clos en une minute par un milligramme de bromure de radium pur*.

Le Congrès international de Bruxelles a décidé en effet que l'émanation se rapporterait au poids de radium (élément), mais il a varié sur le facteur temps.

Ainsi, l'unité d'émanation dénommée *Curie* sera la quantité d'émanation en équilibre avec un gramme de radium (élément). Les sous-multiples pourront être employés : un *millicurie* sera la quantité d'émanation en équilibre avec un milligramme de radium (élément), et un *microcurie* correspondra à la quantité d'émanation en équilibre avec un microgramme de radium (élément).

Le *microgramme* (millionième du gramme) est l'unité imaginée par l'auteur pour déterminer la très faible quantité de radium nécessaire en pharmacologie. Elle donne à la fois la teneur en poids et en émanation. Il est facile de rapporter le sel de radium employé au radium élément en considération du poids moléculaire de sel utilisé.

On voit combien ce procédé de dosage est simple et pratique. On comprend sans autres explications pourquoi il est préférable, tant au point de vue scientifique qu'au

point de vue commercial. Les mesures les meilleures sont les plus faciles à comprendre, celles qui parlent directement à l'esprit. On doit donc toujours exiger le dosage en radium, conformément à la convention internationale de Bruxelles.

M. Jaboin entretient ensuite l'auditoire des usages du radium, en particulier des *usages industriels*, et aborde la question des *applications thérapeutiques*. En passant il rappelle la propriété du *rayonnement* et de son *filtrage*, la *méthode du rayonnement ultrapénétrant* de Dominici, ainsi que celle du *feu croisé* de MM. Wickham et Degrais. De même, il cite les réactions produites par le radium sur les tissus, qui sont de deux sortes : la *réaction inflammatoire* et la *réaction élective non-inflammatoire*.

Enfin, il développe plus spécialement les applications thérapeutiques de l'émanation, ainsi que la pharmacologie du radium.

Applications thérapeutiques de l'émanation.

Dès 1905, des inhalations d'émanation de radium ont été pratiquées au Laboratoire biologique du radium et des émanateurs chargés de radium ont été placés dans des chambres de malades.

C'est alors qu'en Allemagne Loewenthal a fait des essais biologiques intéressants relativement au traitement des affections rhumatismales et des inflammations chroniques. Il a spécialement insisté sur l'action des faibles quantités d'émanation de radium, sur les ferments et sur les heureux effets de cette émanation, sur l'élimination de l'acide urique chez les goutteux et les rhumatisants.

Les premières expériences analogues de M. Jansen, de Copenhague, datent de la même époque.

His, de Berlin, suivi par ses élèves, a étudié les effets de l'émanation sur la goutte et sur l'élimination de l'acide urique, en plaçant les malades dans des chambres d'émanation : les « émanatoria ». Il leur faisait boire aussi de l'eau radioactivée, leur donnait des bains chargés d'émanation et aussi des injections de sel de radium. Mais n'oublions pas que l'émanation obéit à la loi de Curie et qu'elle perd rapidement ses propriétés. Si elle peut rendre les plus

grands services chez les médecins praticiens, il est peu pratique d'en généraliser l'emploi, car elle n'est pas transportable. Elle peut s'obtenir d'une manière permanente par l'addition d'une très faible quantité de radium, et, comme nous le verrons, c'est le mode principal employé en pharmacologie.

Pharmacologie du radium.

Les premières études générales sur la pharmacologie du radium sont dues à Jaboin, qui a mis, depuis, ce procédé au point par de nombreuses communications. Il exposa son procédé dès 1906 ; depuis, il l'appliqua, en collaboration avec M. Beaudoin, à la *radioactivation artificielle des eaux minérales,* procédé qui fut examiné à la Société de pharmacie en 1909 par une Commission composée de MM. Leger, Moureu, Fourneau, Breteau et Meillère, rapporteur. Les lignes suivantes du rapport de M. Meillère résument parfaitement la question de la pharmacologie.

« ..... M. Jaboin s'est attaché à la préparation des médi-
» caments radifères, simplement obtenus en additionnant les
» dits médicaments d'une dose connue de sel de radium
» pur. Il résulte de la lecture des divers documents que la
» Commission a pu se procurer que M. Jaboin possède sur ce
» point une incontestable antériorité. Les essais de ra-
» dioactivation tentés de divers côtés, par incorporation de
» résidus radifères, n'ont en effet donné que des résultats in-
» certains. L'addition d'un sel de radium pur procure, au
» contraire, une radioactivité pratiquement indéfinie, puis-
» qu'un sel pur de radium doit conserver sa radioactivité
» pendant plus de quatre mille ans.

. . . .

» Les expériences auxquelles trois membres de votre Com-
» mission ont assisté leur ont permis de vérifier l'exactitude
» des assertions de MM. Jaboin et Beaudoin quant au do-
» sage rigoureux et à la constance de la radioactivité ainsi
» conférée.

. . . .

Innocuité, élimination et fixation du radium. — Les substances radioactives sont d'une complète innocuité.

Les sels solubles s'éliminent rapidement chez les animaux. Le radium ingéré abandonne de préférence l'organisme par les matières fécales, surtout dans les cinq premiers jours après l'absorption.

Aussi, pour éviter l'élimination trop rapide du radium, a-t-on été obligé de recourir au procédé de la *fixation*. Ce procédé, dont l'idée est due à Dominici, consiste à injecter du sulfate de radium précipité dans une solution saline isotonique (Jaboin).

Dominici et Faure-Beaulieu ont démontré que le radium ainsi injecté restait plusieurs mois dans l'économie.

MM. Dominici, Prof. Petit, d'Alfort, et Jaboin ont fait une série d'expériences sur un cheval injecté avec un milligramme de sulfate de radium. Une certaine quantité de radium reste en circulation dans l'organisme de l'animal, « dégageant de l'émanation qui, diffusant dans le milieu » sanguin, se transporte dans toute l'économie. A cette » source d'émanation, il faut ajouter celle qui naît des par- » ticules fixées dans les différents tissus pendant de longs » mois. Ces phénomènes sont logiquement capables d'agir » sur la constitution intime des tissus et d'en charger la » physiologie. »

Emploi exclusif du radium comme médicament [1]. — *Ingestion.* — La première application du radium en thérapeutique fut évidemment l'ingestion en solution dans l'eau. C'est ainsi que la radioactivité des eaux minérales fut conservée. C'est aussi avec des solutions titrées de radium que furent traités les premiers malades. M. Dominici obtint de cette façon un résultat heureux dans le traitement d'une tumeur interne.

M. Renon fait absorber à ses malades de l'eau radifère faible, comme analgésique, pour favoriser l'élimination de l'acide urique et surtout pour relever l'état général.

---

1. Jaboin. — Communication au Congr. de l'Assoc. franç. pour l'Avanc. des Sc., Nîmes, août 1912.

Ce procédé équivaut à un traitement par l'émanation, avec cette différence qu'il est encore plus régulier. On a constaté en odontologie les bons effets de l'eau radioactive, mais il serait prématuré d'en parler dès aujourd'hui.

Injections. — MM. Wickham et Degrais ont fait de nombreuses injections de radium soluble, dès 1906, dans des cas de lupus tuberculeux.

Quant au radium insoluble, les premières expériences furent faites dans le service du professeur Albert Robin par MM. Dominici et Coyon, avec le sulfate de radium.

Les expériences ont donné d'une façon fréquente la diminution ou l'atténuation des douleurs accompagnant les tumeurs malignes, la diminution ou la disparition de l'œdème inflammatoire, du lupus ; dans quelques cas un abaissement notable de la température des malades. Enfin, on a obtenu la régression des néoplasies bénignes, telles que les chéloïdes.

M. Chevrier, chirurgien des hôpitaux de Paris, fit ses expériences sur les « inclusions radifères permanentes et parcimonieuses ». Il a constaté que le radium est un agent modificateur énergique de la nutrition en général, augmentant le nombre de globules rouges, aidant à la résistance de l'organisme et facilitant les décharges uriques. Aussi, son emploi a amélioré et parfois guéri l'anémie, a rendu de grands services au point de vue du relèvement de l'état général des malades et des convalescents, particulièrement après les chocs opératoires. Des résultats très satisfaisants ont été obtenus dans l'anesthésie générale pour combattre la cholémie post-chloroformique. Enfin, dans le rhumatisme blennorrhagique et l'arthrite, les injections intra et péri-articulaires sont extrêmement favorables ; on obtient la disparition rapide et totale de la douleur, la résorption des épanchements et l'on prévient l'ankylose. Elles activent la cicatrisation des plaies, la cicatrisation fibreuse et la cicatrisation osseuse.

MM. Renon et Marre, en constatant l'action inoffensive des injections de sulfate de radium, les ont employées sou-

vent avec succès dans la pneumonie, les affections pulmonaires et les phénomènes de méningisme, les fièvres typhoïdes, les infections générales à gonocoques avec rhumatisme et les septicémies diverses.

Tout récemment, M. Ledoux-Lebard a recommandé cette méthode d'injection, qui mérite à tous les titres, dit-il, d'entrer dans la pratique courante, par exemple pour abolir ou diminuer la douleur dans le cancer.

Les membres de la Société d'Odontologie connaissent les résultats obtenus dans la gingivite expulsive par MM. Barcat et Léger-Dorez avec l'emploi du rayonnement. Ceux-ci poursuivent actuellement des essais avec les injections radifères. Ce procédé pourrait mettre ce remède à la portée de tout chirurgien-dentiste.

Ionisation. — C'est M. Haret, avec la collaboration de MM. Danne et Jaboin, qui étudia la pénétration du radium dans l'organisme.

Bertolotti, de Turin, avait traité, pendant la durée de ces expériences, des malades avec l'électrolyse des boues radioactives ; mais dans son intéressant travail, tout de clinique, il n'avait pas à rechercher la quantité de radium introduite dans l'organisme et n'a constaté par suite que les résultats thérapeutiques obtenus.

La pénétration de l'ion radium a lieu profondément sans que la circulation sanguine ait à intervenir dans le transport. Non seulement les effets ne sont pas nocifs, mais l'ion radium provoque une action sédative manifeste et certaines tumeurs diminuent rapidement sous l'effet de cette nouvelle méthode d'introduction du radium dans l'économie.

Wickham et Degrais ont adopté récemment, en collaboration avec MM. Misset et Gaud, un procédé ayant pour but de combiner la méthode des injections sous-cutanées du radium insoluble avec la méthode d'ionisation ; c'est l'ionothérapie radique consécutive aux injections solubles et insolubles.

MM. Delherm et Laquerrière, Bruneau de Laborie,

Leuillier, ont obtenu d'excellents résultats dans des cas d'arthrite et de névralgie.

Produits radioactifs. — L'addition du radium à certains produits radioactifs a donné des résultats dignes d'être remarqués.

Il produit, à faibles doses, sur les ferments, tels que la pepsine et la pancréatine, une véritable action catalytique.

La quinine radifère, expérimentée en France et à Madagascar (Le Pileur, professeur Rigaud, Rangé) a vu ses propriétés très augmentées. De même pour différents médicaments, comme l'iode, l'essence de santal, etc.

Boues radioactives. — Les boues radioactives, expérimentées d'abord par Octave Claude, dans le service de M. Launois, se rattachent à cette série de médicaments. Elles ont amélioré ou guéri des rhumatismes chroniques déformants, des rhumatismes gonococciques, des maladies du système nerveux, des affections cutanées et gynécologiques. MM. de Beurmann et Cottin s'en sont servis avec succès dans le traitement des orchites blennorrhagiques. Tout récemment, le 23 mai dernier, MM. Regnault et Cottin ont constaté de nouveau les bons effets des boues radioactives appliquées au traitement des épididymites blennorrhagiques.

On les emploie en bains ou en applications directes ; ce sont des sources locales constantes d'émanation.

L'HYGIÈNE BUCCALE PUBLIQUE

Par A. LENHARDTSON (de Stockholm).

Comme on sait, la Fédération dentaire nationale suédoise pour le développement de l'hygiène buccale et la Confédération des dentistes de la Suède ont présenté au roi une pétition demandant la nomination de spécialistes pour l'organisation publique des soins dentaires. Au Parlement suédois, cette année, M. Gullberg a présenté une motion à la Chambre des seigneurs et M. Sandstedt une autre à la Chambre des députés avec note au roi et pétition demandant que le roi voulût bien faire examiner de quelle manière on pourrait réaliser les soins dentaires effectifs, surtout dans les écoles maternelles et les écoles primaires, et que le Parlement fît une proposition à ce sujet.

La discussion de ces motions au Parlement devant présenter un certain intérêt pour la profession, j'en ferai un résumé. La proposition a été renvoyée par la Chambre des seigneurs à son comité qui, eu égard à l'importance de cette question au point de vue sanitaire, a déclaré nécessaire de prendre des mesures pour la résoudre. MM. Hammarsköld, V. Olsson et Magnueson l'ont combattue. Le 1er mars la création de la commission d'exécution était en discussion à la Chambre. Le président du comité, M. Hammarsköld, combattit la proposition en invoquant, comme les autres, les grandes dépenses qu'elle causerait à l'Etat. Malgré l'intervention des auteurs de la proposition dans la discussion, la situation fut surtout critique, quand le président de la Société locale du département de Skaraborg, M. le gouverneur F. de Geer, dans un long discours, signala la nécessité de cette création. MM. Stadener et Hellberg plaidèrent la cause d'une manière heureuse. Ceci eut pour conséquence que la question fut approuvée par la Chambre sans vote.

La Chambre des députés délibéra sur un avis formé par le comité à propos de la motion présentée par M. Sandstedt le 13 mars.

Le comité s'était attendu à une approbation immédiate de sa demande, la Chambre des députés en ayant adopté une semblable. Cependant les deux opposants engagèrent la Chambre à repousser la motion, en invoquant surtout les dépenses énormes qui s'ensuivraient. Ils comprenaient peu la question, cela résulte d'une remarque de M. Mörtsell, qui dans la discussion prétendait qu'une dent pouvait être détruite, par la carie en deux à trois jours. Son opinion était donc qu'on ne profiterait guère d'une inspection éventuellement suivie d'un traitement une fois par an. MM. Sterne et Enderstedt, présidents du comité, réfutant les opinions des opposants, firent ressortir la grande importance de la question pour le pays, même au point de vue social. M. Sterne rappela une remarque de M. Mörtsell, qui, à l'appui de son opinion, déclarait que, quoique les paysans ne prennent presque pas de soins dentaires, ils mastiquent néanmoins parfaitement. M. Vahlquist, partisan de la mesure, estimait que la première chose à faire était de rechercher l'étiologie de la carie. M. Sandstedt, auteur de la proposition, ne conteste pas que la réalisation de la proposition doit causer des grandes dépenses ; mais puisqu'on sait combien cette maladie est nuisible au peuple, il n'est que juste qu'on s'en préoccupe. A la demande d'un opposant, la motion fut mise aux voix : 128 votes approuvèrent la décision du comité, 70 votèrent contre.

Il est étonnant qu'aucun des opposants ni à la Chambre des députés ni à la Chambre des Seigneurs n'ait eu égard à l'avis émis par le Conseil médical, à la suite de la pétition au gouvernement adressée par la Fédération nationale suédoise et la Confédération des dentistes de la Suède.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 juin 1913.

Présidence de M. Audy.

La séance est ouverte à 9 h. 20.

I. — Complication rare d'un abcès alvéolaire, avec présentation de malade, par M. Roy.

M. Roy donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente un malade. (Sera publié.)

Discussion.

M. Dreyfus. — Je ne puis que confirmer l'observation de M. Roy au sujet de ce malade.

Je me souviens très bien que ce malade était en effet dans un état précaire et que nous étions assez pessimistes relativement à la conservation de l'intégrité de son os.

Ce qu'il y a eu de tout à fait remarquable dans son cas, cela a été la régénération des tissus mous qui recouvrent le maxillaire. Nous avons vu celui-ci se recouvrir progressivement de ce tissu, et cela non pas parce que les lèvres de la plaie se sont réunies, mais bien parce que de véritables îlots se sont formés, se sont développés sur le maxillaire, se sont rapprochés et, par coalescence, ont recouvert complètement le maxillaire, comme vous avez pu le voir tout à l'heure.

M. le président. — En votre nom je remercie M. Roy de sa présentation. Comme vous le voyez, M. Roy a toujours des choses extrêmement intéressantes à nous montrer.

Les questions de suppuration alvéolaire sont en effet souvent compliquées et donnent lieu à des pronostics extrêmement variés. Si je peux arriver un de ces jours à mettre quelques notes au point, je vous présenterai moi aussi quelques observations de suppuration à la suite d'extractions qui se sont guéries d'une façon assez extraordinaire.

A la suite de la communication de M. Léger-Dorez, concernant l'emploi du radium en art dentaire, nous avons la bonne fortune d'avoir ce soir une communication de M. Jaboin sur ce sujet.

Avant de donner la parole à M. Jaboin, je suis heureux de signaler la présence parmi nous ce soir d'un de nos confrères radio-thérapeutes qui a fait aussi de l'électricité médicale ; M. le Dr Giraud, de Chantilly, qui a bien voulu assister à notre séance, ces questions de radium l'intéressant d'une façon particulière.

J'ajouterai que M. Giraud est très compétent en la matière, car il est collaborateur de M. Danne au laboratoire de Gif.

II. — Le radium et ses applications thérapeutiques, particulièrement au point de vue pharmacologique, par M. Jaboin.

M. Jaboin. — Je remercie tout d'abord votre président des aimables paroles qu'il a bien voulu m'adresser.

Lorsqu'il y a quelques jours M. Godon voulut bien m'inviter à venir vous parler du radium, j'acceptai avec grand plaisir, non parce que je voulais faire étalage de connaissances scientifiques, mais parce que c'était pour moi l'occasion de faire œuvre de vulgarisation.

Votre Société s'est déjà intéressée à ces questions, et M. Léger-Dorez en a déjà éveillé chez vous tout l'intérêt.

Je me suis proposé de vous entretenir d'abord du radium en général et de sa préparation ; puis je vous parlerai particulièrement de son emploi en pharmacologie.

Pour ne pas abuser de vos instants, je glisserai sur la partie historique du radium pour entrer immédiatement dans la partie technique de cette causerie.

M. Jaboin fait ensuite sa communication (V. p. 99), qu'il interrompt à diverses reprises pour faire des projections, quelques démonstrations et quelques expériences. *(Applaudissements.)*

Discussion.

Le président. — Je tiens tout d'abord à remercier M. Jaboin de sa conférence extrêmement documentée sur le radium et, comme il nous l'a dit lui-même, des aperçus qu'il a pu nous donner de cette importante question dans un temps aussi limité.

M. Giraud. — Vous me permettrez d'abord d'ajouter mes félicitations à celles que M. le président vient d'adresser à M. Jaboin pour sa conférence sur le radium, puis de dire un mot sur le nouveau mode de traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire que M. Warnekros, de Berlin, est venu nous faire connaître. Sa communication relate les succès qu'il a obtenus personnellement par

l'emploi de la méthode due au professeur Trauner, de Graz. Cette méthode consiste en des rinçages et bains de bouche, au moins biquotidiens, avec de l'eau rendue radio-active par un séjour de 24 heures sur des produits radio-actifs insolubles, résidus de la fabrication du radium.

Nous savons tous combien est rebelle la pyorrhée alvéolo-dentaire ; elle se termine, on peut dire toujours, par l'expulsion des dents qui restent parfaitement saines. Cette affection est de plus héréditaire, et je connais des familles dont tous les membres ont perdu leurs dents de cette façon. M. Warnekros aurait donc droit, ainsi que M. Trauner, de Graz, à la reconnaissance des dentistes et des malades pour son heureuse trouvaille — si vos expériences personnelles, Messieurs, venaient dans cette Ecole contrôler heureusement et confirmer les résultats obtenus. Loin de moi la pensée de contester les affirmations de M. Warnekros, ce serait parfaitement incorrect ; mais je voudrais savoir si les succès de la méthode ont été obtenus par lui au moyen d'un appareil conforme à celui qu'il nous a apporté et qui est là sous mes yeux. Si oui, alors je demande à contrôler à quel degré l'eau contenue dans ce bocal et qui baigne ces briquettes est radio-active. D'abord le bocal n'est pas hermétiquement fermé, condition essentielle à remplir si l'on veut accumuler l'émanation et l'empêcher de se perdre à l'air libre. Ensuite ces briquettes, formées de résidus insolubles, sont comprimées et agglomérées par un ciment. Elles offrent donc une surface de contact trop minime avec l'eau. Il en serait tout autrement si la même quantité de matière était mise en granulé.

La surface de contact avec l'eau serait alors plus que centuplée, et pourrait, si le résidu contient une très légère quantité de radium, fournir vraiment de l'émanation et par suite radioactiver l'eau.

Mais ce n'est pas le cas, de telle sorte que j'éprouve des doutes sérieux, sinon sur la méthode, du moins sur la radio-activation et, partant, sur l'efficacité d'une eau préparée de cette façon.

Il faut reprendre en somme l'expérience au moyen *d'eau rendue vraiment radio-active*, soit par un contact de 24 heures avec des produits contenant encore des traces de sels insolubles de radium, soit extemporanément par le mélange d'une vingtaine de gouttes d'une solution radifère au millième. Vingt gouttes dans un verre d'eau tiède représenteraient un microgramme de bromure de radium, par conséquent une quantité d'émanation très notable et surtout bien déterminée.

J'ai traité une malade dans ces conditions et lui ai donné de plus à prendre à l'intérieur 30 gouttes d'une solution de radium au 1000e, afin de la maintenir sous l'influence de l'émanation diffusant dans l'organisme ; je la suis avec soin. Jusqu'ici les résultats paraissent

assez bons, mais on ne peut formuler de conclusion sur un cas unique et en si peu de temps.

Ne pourriez-vous pas faire faire par vos fabricants si habiles de petits instruments qui permettraient d'injecter l'eau radio-active entre la dent et la gencive, afin d'évacuer le pus qui les baigne ?

M. Godon. — Je tiens tout d'abord à féliciter M. Jaboin de l'excellente conférence sur le radium qu'il a bien voulu nous faire.

Notre confrère M. Giraud vient de son côté de nous parler d'une nouvelle expérience des plus intéressantes.

Je ne veux pas l'examiner pour l'instant. Nous avons déjà commencé nous-même des expériences. Je ne veux noter qu'une chose, c'est que le récit que vient de nous faire notre confrère M. Giraud, confirme dans certaine mesure les expériences et les résultats dont nous a fait part M. Warnekros.

Ceux d'entre nous qui ont été au Congrès de Berlin ont emporté la conviction que le Dr Warnekros est un confrère sérieux et consciencieux. Or il est venu ici avec un grand enthousiasme nous parler des expériences qu'il avait faites et des résultats qu'il avait constatés. Evidemment après avoir entendu M. Jaboin, très compétent dans les questions de radium, et notre confrère M. Giraud, nous sommes un peu pris d'hésitation — je ne dirai pas d'incrédulité — et nous nous disons avec eux : est-il possible que d'aussi faibles quantités de radium puissent produire des résultats thérapeutiques aussi extraordinaires que ceux qui nous sont annoncés ? Pourtant, vous voyez que M. Giraud, sans employer exactement les mêmes préparations, mais tout de même en employant de très petites quantités, vient nous dire, lui qui n'est pas spécialisé en matière dentaire : j'ai obtenu dans le traitement par le radium de la pyorrhée alvéolaire des résultats qui m'ont étonné. Je veux simplement prendre acte de cela pour vous dire que la communication de M. Warnekros que nous avons entendue à notre dernière séance mérite de retenir notre attention. Elle doit nous engager à entrer dans cette voie des essais du radium pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire. Je ne veux pas en dire plus et me garderai bien de le faire, puisque nous sommes dans la période des essais, les uns et les autres.

Ces essais pourront se poursuivre d'une façon plus complète grâce aux différentes communications qui nous ont été faites par MM. Jaboin, Giraud, Léger-Dorez et Warnekros.

M. Léger-Dorez. — La quantité de radium que M. Giraud a employée, soit 1 microgramme, est de beaucoup supérieure à l'émanation que vous pouvez recueillir dans le vase de Warnekros, qui n'est pas clos. Pour recueillir une émanation réelle, il faut un vase hermétiquement clos.

Si vous le voulez, je vais vous indiquer la manière de composer

une fontaine radio-active capable de donner des résultats probants.

M. Godon. — Avez-vous fait des expériences avec un temps suffisant en vous servant de ce que vous a donné Warnekros ?

M. Léger-Dorez. — Non, mais j'en ai fait avec le beurre de cacao radio-actif et il m'a donné des résultats absolument déplorables dans trois cas de fistules dentaires, alors qu'à la précédente séance cela avait été présenté comme merveilleux. J'ai obtenu ces résultats en présence de M. Barcat, qui l'a constaté comme moi.

(M. Léger-Dorez donne au tableau la description d'une fontaine radio-active hermétiquement close. Cette fontaine a été décrite avec clichés dans le numéro de *L'Odontologie* du 15 juillet 1913.)

M. Godon. — En ce qui concerne le beurre de cacao radio-actif, j'ai bourré les canaux dans un cas de fistule, je n'en ai pas eu de mauvais résultats.

M. Jaboin. — C'est le cacao qui a agi !

M. Léger-Dorez. — J'ai rempli des canaux avec le beurre de cacao radio-actif, j'ai attendu 15 jours et au bout de ce temps je n'ai constaté aucune trace de guérison.

M. le président. — Je remercie non seulement M. Jaboin de sa conférence, mais encore tous ceux qui ont pris part à la discussion et en particulier MM. Giraud et Godon de leurs observations.

Pour ma part je regrette que M. Giraud ait dévoilé un essai que nous sommes en train de faire chez lui : il a son excuse dans ce fait que le résultat a été extrêmement rapide et que dans ces conditions il a été surpris d'une façon très agréable des résultats qu'il a obtenus. Nous avons l'intention de continuer ces essais en les variant. Nous allons faire agir l'émanation avec l'eau radio-active pour voir comment les choses se passeront.

Quant à ce que disait M. Léger-Dorez à propos de la carie, il y a des caries dans lesquelles nous pouvons espérer presque une guérison spontanée de la carie : ce sont les caries superficielles très fréquentes, les premiers et deuxièmes degrés, caries très sensibles, ce qui indique que la dent est vivante.

Si nous pouvions agir dans ces cas sur les éléments vivants de la dent, nous pourrions agir contre le processus de la carie.

M. Léger-Dorez. — A propos de la confection de la petite fontaine dont je vous ai parlé tout à l'heure, le prix en est relativement minime, puisque le milligramme de radium nécessaire ne coûte que 100 francs ; dans ces conditions on peut être assuré d'obtenir de l'émanation, susceptible de donner le maximum de garanties.

M. Godon. — Je crois que cela sera une discussion à reprendre un peu plus tard, après expériences.

M. le président. — J'espère que nous aurons l'année prochaine des résultats à apporter à propos de cette question.

L'ordre du jour appelle maintenant la communication de M. Mendel-Joseph sur : *histo-pathologie de la pyorrhée alvéolaire.*

M. Mendel-Joseph. — Le travail que j'ai l'honneur d'apporter aujourd'hui à la Société d'Odontologie m'a demandé de 5 à 6 mois d'études persévérantes. Or il est véritablement impossible de venir ce soir, à 11 heures 1/2, vous présenter ce travail, en fin de séance, au moment où un grand nombre de nos confrères sont obligés de quitter la salle.

Je voudrais, simplement à titre de principe, faire une petite remarque à notre secrétaire général.

A la précédente séance, je devais passer le dernier, mais par déférence pour la fatigue des auditeurs, j'ai demandé qu'on remît ma communication à ce soir. Par conséquent, en toute bonne logique, je devais passer le premier aujourd'hui. Certes, j'ai été très heureux d'assister à cette séance et d'y entendre les très intéressantes communications qui nous ont été faites ; cependant, il est évident que je suis obligé, en raison de l'heure avancée, de reporter encore une fois ma communication.

Je désirais vivement que M. Choquet, à qui sont familières ces questions d'histologie, fût là aujourd'hui. Il m'a téléphoné pour me demander s'il était utile qu'il vienne, j'ai insisté pour qu'il vienne parce qu'il est pour ainsi dire l'un des plus autorisés pour exprimer une opinion motivée sur cette question. Il est resté jusqu'à 10 h. 1/2, 11 heures moins le quart, mais il s'est excusé de ne pas pouvoir rester plus longtemps.

Dans ces conditions je suis forcé de reporter ma communication après les vacances.

M. le secrétaire général. — Je regrette infiniment moi-même que nous ne puissions entendre ce soir la communication de M. Mendel-Joseph. Il est de tradition à la Société d'odontologie que, lorsque nous invitons des étrangers à venir prendre la parole chez nous, ils bénéficient de la priorité d'inscription à l'ordre du jour. D'autre part, lorsqu'un de nos confrères présente un malade, il est d'usage de faire figurer sa communication en tête de notre ordre du jour.

Un malencontreux hasard a voulu que ces deux éventualités se soient produites ce soir et que le développement de la communication de M. Jaboin et sa discussion aient demandé un certain temps. J'espère que M. Mendel-Joseph ne nous tiendra pas rigueur de ce contre-temps et qu'il nous présentera à la prochaine séance son nouveau et intéressant travail.

III. — IMPORTANCE DES SOINS DENTAIRES A DONNER AUX ENFANTS, PAR M. CUNNINGHAM.

M. Cunningham donne lecture de sa communication au cours de laquelle il fait passer quelques projections sur l'écran.

Cette communication ne donne lieu à aucune discussion.

Le président remercie M. Cunningham de son travail.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

19, Hanover Square, London, W., le 14 juillet 1913.

Cher Collègue,

Nous avons l'honneur de vous informer que l'Assemblée annuelle de la F. D. I. aura lieu en Hollande, les mercredi, jeudi et vendredi, 27, 28 et 29 août prochain, dans la salle des Peintres de La Haye, « Pulchri Studio », 15, Lange Voorhout, et nous espérons sincèrement que la date et le lieu fixés vous permettront d'y prendre part.

Les membres de la Fédération ont été informés, dans la « Préface » du compte rendu de la session de la F. D. I. de Stockholm, publié en mai dernier, que les dispositions prises pour le Congrès dentaire international, devant avoir lieu à Londres en 1914 (du 3 au 8 août), leur seraient communiquées à l'assemblée qui doit se tenir sous peu à La Haye. Nous espérons que non seulement la F. D. I. discutera ces dispositions, mais offrira également toute l'assistance que l'expérience lui aura dictée, afin de contribuer à la réalisation des fins que les organisateurs se proposent, ainsi qu'au succès de cet important Congrès. D'autres matières mériteront l'attention des membres au sujet des Commissions d'hygiène, d'enseignement et de bibliographie.

C'est grâce à la courtoisie des membres des sociétés dentaires de la Hollande que les membres de la F. D. I., ainsi que ceux de leurs familles qui les accompagneront, sont invités à une réception devant avoir lieu à Scheveningen dans la soirée du mardi 26 août et à une excursion à Amsterdam et Muiderslot, le samedi 30 août.

Le cérémonial international de l'ouverture du Palais de la Paix doit avoir lieu à La Haye, le jeudi 28 août. On s'attend à un nombreux concours de visiteurs étrangers, venus de toutes les parties du monde, et, par conséquent, il se pourrait qu'on éprouvât de la difficulté à se loger dans les hôtels. Par suite, les membres sont invités à s'adresser sans retard, pour retenir leurs chambres, à l'hôtel Paulez, Korte Voorhout, quartier général de la F. D. I.

Au cas où vous désireriez des renseignements complémentaires relativement aux préparatifs faits pour l'assemblée, M. le Dr C. Van der Hoeven, 43, Celebesstraat, La Haye, se fera un plaisir

de vous les fournir. Les membres qui ont l'intention de visiter La Haye sont priés de s'adresser à lui *aussitôt que possible.*

Au nom du Comité exécutif,

W. B., PATERSON, *Président.* F. SCHAËFFER-STUCKERT, *Secrétaire général.*

PROGRAMME DE LA SESSION

Mardi, 26 août 1913.

8 heures 30 du soir. Réception des membres de la F. D. I. et des invités à l'hôtel d'Orange, Scheveningen, salle du Casino, par les Sociétés dentaires de la Hollande.

Mercredi, 27 août.

9 heures 30 du matin. Séance d'ouverture de la F. D. I., « Pulchri Studio », 15, Lange Voorhout.

Discours d'ouverture par le président. Discours prononcés par les délégués des Sociétés nationales dentaires de la F. D. I. et les présidents des Commissions.

11 heures du matin. Séance du Comité exécutif de la F. D. I. Rapport du secrétaire général. — Admission de nouveaux membres. — Elections. — Rapport du Trésorier. — Nomination des commissaires-vérificateurs.

3 heures de l'après-midi. Séance du Comité exécutif. Discussion des dispositions prises relativement au Congrès dentaire international de Londres en 1914 (3 au 8 août), après rapport des délégués de la F. D. I. nommés pour faire partie du Comité d'organisation dudit Congrès.

Jeudi, 28 août.

9 heures 30 du matin. Séance de la Commission d'hygiène.

Après-midi : ouverture du Palais de la Paix.

Vendredi, 29 août.

9 heures 30 du matin. Séances des Commissions d'enseignement et de bibliographie.

3 heures de l'après-midi. Séance du Comité exécutif de la F. D. I. (suite des délibérations, s'il y a lieu).

Rapports des Commissions. Fin des délibérations de la Fédération.

7 heures du soir. Banquet de la F. D. I., au Palace Hotel, Scheveningen.

Samedi, 30 août.

Excursion offerte par les Sociétés dentaires de la Hollande aux membres de la F. D. I. et aux invités.

9 heures du matin. Départ de La Haye, pour Amsterdam.

10 heures 15 du matin. Arrivée à Amsterdam.

10 heures 30 du matin. Assemblée de la F. D. I. à l'Institut Anatomique. — Conférence sur les recherches récentes faites au sujet de la genèse dentaire, par M. le prof. Bolk, de l'Université d'Amsterdam.

Un lunch sera servi à l'Exposition navale. Après le lunch, excursion en bateau à vapeur à Muiderslot, pour y visiter l'ancien château. Retour à Amsterdam et à La Haye.

N. B. — Il sera distribué à la séance d'ouverture un programme supplémentaire, comportant les additions ou modifications au présent programme.

3e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL BELGE

Le 3e Congrès dentaire national belge, organisé par la Fédération dentaire nationale belge, avec le concours de la nouvelle Société odontologique des deux Flandres, s'est tenu à Gand les 27 et 28 juillet 1913, avec le programme suivant :

Dimanche 27 juillet.

Matin, 10 h. 1/2. Séance d'ouverture, au local « Mélomanes », rue Savaen.

1° Discours du président de la F. D. N.B.

2° Discours du président de la S. O. F.

3° Causerie sur l'hygiène dentaire en Belgique, par M. Georges Fay. (Ce qu'elle est. Ce qu'elle doit être.) — Discussion.

4° Cure radicale des fistules dentaires, par M. Delplace. — Discussion.

5° La métallisation universelle, par M. Lecointe ; ses applications en art dentaire, par M. Charlier.

6° Moteurs électriques à grande vitesse, par M. Em. Huet.

Après-midi, 2 heures. — 1° Cure radicale des fistules dentaires, par le Dr Delplace. — Démonstration.

2° Démonstration sur l'application de la métallisation universelle en art dentaire, par MM. Graffé et Charlier.

3° Prise d'empreinte des inlays métalliques au moyen de cire coulée, par M. Ed. Rosenthal.

4° Moteurs électriques dentaires à grande vitesse, par M. Huet. — Démonstration.

5° Présentation d'un nouveau fouloir pour or non adhésif, par M. Blondeel.

6° L'anesthésie régionale, par M. Van Stratum. — Démonstration.

A 6 heures 1/2. Banquet au « Rocher de Cancale », Marché aux Oiseaux.

Lundi, 28 juillet.

Matin, 10 heures. — 1° Quelles bases devons-nous prendre pour fixer nos honoraires ? par M. Quintin. — Discussion.

2° Cas intéressant d'une dent surnuméraire, par M. A. Joachim.

3° Présentation d'un nouvel articulateur anatomique, par M. A. Nasy.

4° Les moyens de soigner les dents du peuple, par le Dr Ed. Pitot.

5° Cas d'orthodontie, par M. A. Rubbrecht.

6° Communication de M. Van der Hœven (Amsterdam) : sujet réservé.

7° L'historique de l'art dentaire, par M. L. Meier.

Après-midi, 2 heures. — Visite à l'exposition de la classe de médecine et d'hygiène (classe XVI). Présentation des plans de l'Ecole dentaire belge, par M. Rosenthal.

Clôture du Congrès.

Ce Congrès, qui avait attiré beaucoup de confrères belges, a eu un plein succès.

Rappelons que la Fédération dentaire nationale française y était représentée par MM. Godon, Roy et R. Lemière.

4e CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE

Règlement général.

1° Le quatrième Congrès international d'hygiène scolaire sera tenu à Buffalo, Etat de New-York, Etats-Unis d'Amérique, du 25 au 30 août 1913. Son objet sera l'étude de toutes les questions qui se rapportent à l'hygiène scolaire.

2° Le Congrès sera dirigé et administré, avec pleine autorité, par un président, deux vice-présidents, un trésorier général, un secrétaire général et un comité exécutif.

3° Le Congrès comprendra des fonctionnaires honoraires, des membres ordinaires et des membres associés.

4° Les fonctionnaires honoraires seront élus par le Comité exécutif. Toute personne s'intéressant à l'hygiène scolaire peut participer au Congrès comme membre ordinaire. Toute demande de participation comme membre honoraire doit être accompagnée

d'un mandat-poste, à l'ordre du trésorier général, de 25 francs dans l'Union latine.

5° Les collectivités (municipalités, établissements d'enseignement, sociétés ou associations) verseront une souscription collective donnant droit à la corporation représentée d'envoyer un seul délégué qui jouira de tous les droits et privilèges des membres honoraires.

6° Seront admises avec le titre de membre associé les personnes qui paieront la moitié de la cotisation, soit 12 fr. 50. Les femmes et enfants des membres ordinaires seront considérés comme membres associés. Les membres associés auront droit à tous les privilèges des membres honoraires, sauf qu'ils n'auront pas le droit de voter aux réunions et qu'ils ne recevront pas les publications du Congrès.

7° En vue des obligations financières et autres, assumées par l'Association d'hygiène scolaire dans le pays où se tient le Congrès international, le Comité chargé de l'organisation du quatrième Congrès international d'hygiène scolaire a décidé que les membres de l'Association américaine d'hygiène scolaire auront droit à la qualité de membre ordinaire du Congrès, avec tous les privilèges y attachés, contre paiement d'une contribution de 12 fr. 50.

8° Le règlement des rapports, communications et langues qui seront employées au Congrès sera décidé par le Comité du programme.

9° Le Congrès tiendra une séance d'inauguration et une séance de clôture, des séances plénières et des séances de sections.

10° A la séance de clôture le président soumettra au vote de l'assemblée les décisions présentées par le Comité des décisions. Le lieu et la date du prochain Congrès seront fixés à la séance de clôture sur la proposition du Comité permanent international.

11° Les réunions de sections seront réservées aux discussions de rapports aux sections.

12° Le nombre, les noms, l'organisation et la direction des sections seront déterminés par le comité au programme.

13° Le comité permanent international du Congrès se réunira une ou deux fois pendant le Congrès. Toutes les délibérations prises par les différentes sections et toutes les propositions se rapportant à son action et à l'organisation des futurs Congrès internationaux devront être soumises au vote de l'assemblée générale de clôture.

14° Le règlement de l'exposition scientifique sera établi par le comité de l'exposition scientifique.

15° Le règlement de l'exposition commerciale sera établi par le comité de l'exposition commerciale.

16° Toutes les règles formulées par les différents comités devront être ratifiées par le Comité exécutif avant de devenir exécutoires.

Règlement spécial.

I. — Les mémoires présentés au Congrès devront traiter surtout des résultats obtenus par l'application pratique de l'hygiène scolaire, de faits scientifiques, ainsi que des résultats de recherches scientifiques.

II. — Les mémoires devront avoir rapport à l'hygiène des écoles rurales, aussi bien qu'aux écoles des grands centres de population.

III. — Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français, l'allemand, l'espagnol et l'italien.

La présentation des mémoires ne pourra excéder quinze minutes.

Les manuscrits soumis pour publication dans les comptes rendus ne devront pas excéder trois mille mots.

Un certain temps sera assigné dans chaque programme pour la discussion ouverte sur les groupes de mémoires ayant des rapports entre eux.

Chaque participation individuelle à la discussion ouverte pourra être limitée à trois minutes, et la discussion même pourra être terminée à la discrétion du président de la réunion, afin de donner au président de chaque séance la faculté d'épuiser l'ordre du jour dans le temps indiqué. Il ne sera pas publié de résumé préliminaire.

Les auteurs sont priés d'envoyer leurs manuscrits le plus tôt possible. Les manuscrits doivent se trouver entre les mains du secrétaire général avant le 1er juillet 1913.

Le comité du programme se réserve le droit de refuser toute contribution qu'il ne croirait pas devoir accepter, pour quelque raison que ce soit.

Il ne sera pas lu de mémoire *in absentia*, mais les mémoires des membres du Congrès absents pourront être publiés dans les comptes rendus.

Les règles précédentes ne pourront souffrir aucune exception qui ne soit autorisée par le comité du programme.

IV. Le programme sera divisé en sections qui pourront être subdivisées dans le cas où cette division semblerait désirable.

Section I. *Hygiène des bâtiments scolaires, parcs ou jardins, matériel et entretien.* — Mémoires sur des sujets ayant rapport à la situation, au plan, à la construction, l'installation et l'entretien des écoles urbaines et des écoles rurales, des écoles en plein air, écoles privées, pensionnats, camps d'été et écoles spéciales pour enfants en retard dans leurs études, défectueux ou difformes, *à savoir* : emplacement, architecture, décoration, ventilation, éclairage, nettoyage, canalisation, water-closets, égouts, mobilier scolaire, livres et cahiers, provision d'eau, fontaines pour boire, bains,

bassins de natation, cours ou jardins pour sports ou jeux, réfectoires et leur matériel, gymnases, salles de réunion et de repos, bibliothèque, laboratoires, salles de classe, d'étude et de conférences.

Section 2. *Hygiène de l'administration scolaire, des cours d'études et de l'emploi du temps.* — Sujets ayant rapport aux facteurs économiques qui se présentent dans l'administration des écoles, le cours d'études et la distribution du temps, dans les écoles urbaines et rurales, et aux modifications nécessaires pour les meilleurs intérêts des différentes écoles spéciales. Hygiène du maître, de l'enfant, du concierge et des employés subalternes, hygiène de l'emploi du temps, âge des élèves et périodes de croissance ; fatigue à l'école ; nécessité de réfectoires et de bains ; influence des saisons; périodes d'études ; travail à la maison ; récréations ; vacances ; sport et gymnastique ; le problème de l'hérédité par rapport à l'hygiène scolaire ; encombrement excessif des locaux scolaires ; enseignement de l'hygiène ; préparation et instruction des maîtres d'hygiène ; aspects spéciaux de l'hygiène et de l'instruction physique ; hygiène du corps; hygiène buccale; hygiène préventive ; hygiène d'éducation ; hygiène collective; hygiène sexuelle; hygiène des jeux ; hygiène domestique ; puériculture et premiers secours en cas d'accident; plans spéciaux pour l'instruction d'enfants en retard dans leurs études ou estropiés ; science économique de l'hygiène scolaire ; rapports avec la maison et la famille et résultats obtenus de l'application des plans susdits.

Section 3. *Surveillance et inspection médicales, hygiéniques et sanitaires dans les écoles.* — Mémoires sur la direction, le fonctionnement et les résultats de la surveillance hygiénique dans les écoles publiques, privées et spéciales, urbaines ou rurales, lycées, universités et écoles professionnelles. Contrôle de l'inspection sanitaire ; surveillance sanitaire ; organisation de départements sanitaires dans les écoles ; rapports avec les bureaux sanitaires municipaux et gouvernementaux ; préparation et traitement des médecins scolaires, des infirmières d'école ; cliniques scolaires, rapports entre l'organisation sanitaire dans les écoles et le travail du médecin, du dentiste et l'hôpital ; rapports entre l'organisation hygiénique et médicale dans les écoles et la surveillance sanitaire dans les familles ; type unique d'examens ; surveillance sanitaire des locaux où se font les cours (classes) ; salles de vestiaire, bassins de natation, water-closets ; livres et cahiers ; meubles; surveillance d'infection contagieuse; prophylaxie contre les épidémies ; systèmes pour suivre les méthodes et les résultats ; inspection et traitement médicaux ; type unique d'archives.

V. *Ordres des séances.*

Lundi, 25 août, 10 h. 30 du matin : séance d'inauguration ;

2 h. de l'après-midi : réunion des sections ; 8 h. du soir : réception.

Mardi, 26 août, 9 h. du matin : assemblée des sections ; 2 h. de l'après-midi : réception ; 8 h. du soir : assemblée générale.

Mercredi, 27 août, 9 h. du matin ; assemblée des sections ; 2 h. de l'après-midi : assemblée des sections ; 8 h. du soir : réception.

Jeudi, 28 août, 9 h. du matin : assemblée des sections ; 2 h. de l'après-midi : réception ; 8 h. du soir : assemblée générale.

Vendredi, 29 août, 9 h. du matin : assemblée des sections ; 2 h. de l'après-midi : assemblée des sections ; 8 h. du soir : assemblée générale.

Samedi, 30 août, 9 h. du matin : assemblée des sections.

CONGRÈS PAN-AMÉRICAIN D'ODONTOLOGIE

Au mois d'octobre prochain se tiendra à Rio de Janeiro le premier Congrès pan-américain d'odontologie sous la présidence d'honneur du Ministre des Affaires étrangères du Brésil, M. Lauro Muller.

Ce Congrès comprendra 5 sections :

1° Biologie et sciences annexes appliquées à l'odontologie.

2° Clinique en général.

3° Prothèse et orthodontie.

4° Electricité et photographie appliquées à l'odontologie.

5° Histoire, bibliographie et déontologie professionnelles.

Ces deux dernières sections embrasseront des études sur l'anthropologie, l'éthnologie, l'anatomie comparée et pathologique, l'odontologie comparée, la paléontologie, les anomalies des maxillaires chez les animaux, l'anatomie macroscopique normale de l'homme, l'anatomie microscopique normale (préparations histologiques), anomalies de la tête, des maxillaires et des dents, physiologie, pathologie et bactériologie, pathologie microscopique spéciale et comparée, bactériologie buccale, chirurgie de la bouche et des maxillaires, anesthésie générale et locale, thérapeutique et prothèse chirurgicales, obturateurs, orthodontie, traitement conservateur des dents, obturation, traitement des racines, prothèse, couronnes et bridges, porcelaine, coiffes, pathologie macroscopique et microscopique, stéréotypie, radiographie, photographie en couleurs, électricité, haute fréquence, ionothérapie, rayons ultra-violets, hygiène buccale et dentaire, histoire, instrumentation, appareils, déontologie et littération.

Une exposition d'instruments, appareils, préparations microscopiques, photographies, microphotographies, statistiques, etc., sera annexée au Congrès.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Dès que la question de la prolongation du service militaire a été posée par le dépôt du projet de loi portant la durée de ce service à trois ans, la Fédération dentaire nationale a demandé au Ministre de la Guerre une audience pour l'entretenir de la situation faite actuellement aux chirurgiens-dentistes au point de vue militaire et des mesures qui lui paraissaient devoir être prises pour y remédier dans l'intérêt général de l'armée et de la profession. La Fédération estimait, en effet, que ces mesures pourraient intervenir à l'occasion de la discussion par le Parlement de ce projet de loi.

Le ministre de la Guerre répondit à cette demande qu'il ne lui était pas possible à ce moment d'accorder cette audience; mais il priait la Fédération de lui faire parvenir ses desiderata par écrit.

La Fédération déféra à son désir et lui adressa le rapport en date du 20 *mars dernier que nous avons publié dans notre numéro du* 15 *avril, p.* 321 *à* 324. *Ce rapport concluait à ce que les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou comptant* 2 *ans de stage et* 8 *inscriptions et ayant subi avec succès à la fin de la première année de service militaire l'examen de dentiste auxiliaire fussent nommés à cet emploi. Ces jeunes gens devaient accomplir leurs* 2e *et* 3e *années de service comme dentistes auxiliaires, ceux-ci jouissant des droits et prérogatives attachés à l'emploi de médecin ou de vétérinaire auxiliaire.*

Ajoutons que ce rapport fut également adressé avec une lettre d'envoi spéciale à tous les membres de la Commission de l'armée de la Chambre des députés.

Le Ministre répondit le 5 *mai, par une lettre que nous reproduisons plus loin, qu'il ne pouvait donner son adhésion à la création du grade de dentiste auxiliaire, par assimilation au point de vue militaire, des étudiants en art dentaire et des étudiants en médecine.*

Cette lettre étant basée sur des considérations qu'il lui semblait nécessaire de réfuter, la Fédération adressa, le 30 *mai, au Ministre de la Guerre une réponse que nos lecteurs trouveront également plus loin.*

Le Ministre répondit par une seconde lettre en opposant, comme la première fois, une fin de non-recevoir.

Sur ces entrefaites M. Méquillet, député, présenta à la Commission de l'armée de la Chambre un amendement reproduit dans notre numéro du 30 *mai, p.* 473, *ayant le même but que les conclusions du rapport adressé au Ministre de la Guerre, c'est-à-dire visant à la*

création de dentistes auxiliaires et permettant aux jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou admis en 5e année d'études et ayant subi avec succès, à la fin de la première année de service militaire, l'examen de dentiste auxiliaire de faire leurs 2e et 3e années de service avec ce titre et cette fonction.

Le président de la F. D. N. se rendit aussitôt auprès de M. Méquillet, le mit au courant des démarches faites par la Fédération et lui fournit, sur sa demande, les documents et renseignements que nous possédions sur la question. Cet amendement est venu en discussion dans la première séance du vendredi 18 juillet et n'a pas été adopté, malgré la chaleur et le talent que son auteur a mis à le soutenir.

Nous croyons intéressant de publier ci-après, en l'empruntant au compte rendu in extenso contenu dans le Journal officiel *du 19 juillet, la partie de la séance dans laquelle cette discussion a eu lieu.*

Ajoutons que la Fédération dentaire nationale a exprimé à M. Méquillet toute sa gratitude pour avoir pris en mains la cause des chirurgiens-dentistes et l'a remercié de son intervention en leur faveur.

La Fédération n'a pas borné là son action : aussitôt le projet de loi voté par la Chambre des députés, elle a adressé aux sénateurs avec lesquels ses membres se trouvent en relations une pétition afin de leur demander leur appui pour la présentation et la soutenance de l'amendement Méquillet au Sénat au moment de l'examen du projet par la Commission de l'armée et de sa discussion en séance publique.

Si jusqu'ici les efforts de la Fédération n'ont pas été couronnés de succès, on voit qu'elle a fait tout ce qui était en son pouvoir pour faire aboutir nos revendications.

Lettre du Ministre de la Guerre.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

—

CABINET DU MINISTRE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 5 mai 1913.

Monsieur,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur la situation des dentistes dans l'armée. Vous m'avez demandé d'introduire dans le texte de l'article 10 du projet de loi modifiant la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée une disposition en vue de la création du grade de dentiste auxiliaire.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la circulaire ministérielle du 2 décembre 1910 fixe d'une manière très précise la situation du personnel dentiste incorporé. Aux termes de cette circulaire, dans les hôpitaux militaires et hospices mixtes sont installées, en principe, des cliniques dentaires, dont le service est assuré,

sous la direction du médecin chef, par des militaires pourvus soit du diplôme de dentiste, soit de 8 inscriptions en chirurgie dentaire.

Dans l'application, ce personnel, après avoir reçu l'instruction militaire est mis par les généraux, commandant les corps d'armée à la disposition des directeurs régionaux du service de santé qui les répartissent suivant les besoins. Ceux dont les aptitudes professionnelles ne trouvent pas sur place leur utilisation sont affectés, par les soins de la 7[e] Direction de mon Administration centrale à d'autres régions insuffisamment dotées. Il serait donc inexact de croire qu'il dépend du chef de corps ou du médecin militaire de maintenir dans le rang les dentistes présents sous les drapeaux.

En ce qui concerne le grade de dentiste auxiliaire que vous voudriez voir créer, par assimilation, au point de vue militaire, des étudiants en art dentaire et des étudiants en médecine, j'ai le regret de ne pouvoir donner mon adhésion à votre proposition.

En effet, toute création de grade nouveau dans l'armée doit trouver sa justification dans les nécessités tant du temps de paix que du temps de guerre.

En paix, alors que le médecin auxiliaire vit de l'existence propre de la troupe, qu'il la suit dans tous ses déplacements et doit, journellement, faire acte d'autorité, le dentiste ne participe à aucune des manifestations actives de la vie du soldat. Son action s'exerce dans le cabinet dentaire : elle est uniquement professionnelle, aucunement militaire.

En guerre, le médecin auxiliaire accompagne la troupe au feu ; il dirige sur la ligne du combat les brancardiers régimentaires. Par contre, on ne conçoit pas l'utilisation possible à la mobilisation des dentistes auxiliaires par le Service de santé pour lequel, alors, tout personnel, qui ne contribuerait pas immédiatement à assurer la conservation des effectifs engagés, le relèvement, le traitement et l'évacuation des malades et blessés, ne pourrait être que gêne et embarras.

Il semble, d'ailleurs, ressortir d'un rapport adressé par votre Association même au recteur de l'université de Paris que la profession de dentiste doive avant peu, se recruter à peu près exclusivement parmi les docteurs en médecine spécialisés. Il paraît, par suite, inutile d'envisager la création d'un grade auquel manqueraient probablement les candidats.

Recevez, monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Ministre de la Guerre
et par délégation
Le Conseiller d'Etat, secrétaire général,
Signature illisible.

Réponse de la Fédération.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Paris, 30 mai 1913.

Monsieur le Ministre,

Le 13 mars dernier, nous avons eu l'honneur de solliciter de notre bienveillance, au nom de la Fédération dentaire nationale française, une audience pour vous entretenir de la situation faite actuellement aux chirurgiens-dentistes au point de vue militaire et des mesures propres à y remédier.

Le 18 du même mois, vous nous avez demandé de vous exposer par écrit les desiderata de la Fédération afin que vous puissiez les examiner.

Nous vous avons, en conséquence, adressé, le 20 mars, un rapport contenant nos revendications et formulant les modifications que nous voudrions voir apporter à la situation militaire des chirurgiens-dentistes : création du grade de dentiste auxiliaire et assimilation du dentiste auxiliaire au médecin auxiliaire.

Le 5 mai, vous avez répondu à notre pétition par une fin de non-recevoir émanant de votre cabinet, sous la signature du Conseiller d'Etat, secrétaire général.

Cette réponse donne lieu, de notre part, à un certain nombre d'observations, que nous croyons nécessaire de vous présenter, au nom de la Fédération dentaire nationale.

***

Le refus qui nous est opposé est basé sur cette considération que la création du grade de dentiste auxiliaire *doit trouver sa justification dans les nécessités tant du temps de paix que du temps de guerre.*

En s'appuyant sur cette raison, la dite lettre semble ne pas tenir compte de la situation faite aux chirurgiens-dentistes par la circulaire ministérielle du 10 octobre 1907 organisant des services dentaires dans l'armée. Par suite de cette organisation, l'administration militaire est obligée de faire appel au concours des chirurgiens-dentistes et des étudiants en chirurgie dentaire, parce que *ce concours lui est indispenable pour assurer ce service*, ainsi d'ailleurs que la lettre précitée le reconnaît elle-même en rappelant la circulaire ministérielle du 2 décembre 1910 dans les termes suivants : *Dans les hôpitaux militaires et hospices mixtes sont installées des cliniques dentaires dont le service est assuré, sous la direction du médecin-chef*, PAR DES MILITAIRES POURVUS SOIT DU DIPLOME DE DENTISTE, SOIT DE 8 INSCRIPTIONS EN CHIRURGIE DENTAIRE.

***

Après avoir dit que la création du grade de dentiste auxiliaire doit trouver sa justification dans les nécessités du temps de paix et du temps de guerre, la lettre du 5 mai, pour établir que cette création n'est pas justifiée, compare le rôle du médecin auxiliaire à celui du dentiste et met en opposition l'un avec l'autre, en concluant que l'action du dentiste est uniquement *professionnelle* et n'est aucunement *militaire*.

A ce titre le pharmacien militaire qui, comme le dentiste, pour employer les propres expressions de la lettre en question, « ne vit pas de l'existence propre de la troupe, ne la suit pas dans tous ses déplacements, ne fait pas journellement acte d'autorité et ne participe à aucune des manifestations actives de la vie du soldat », ne devrait pas, lui non plus, avoir droit à un grade spécial, puisque, toujours pour employer les termes de lettre, son action « est uniquement professionnelle et n'est aucunement militaire ».

Et cependant les pharmaciens militaires constituent un corps indépendant, hiérarchisé, comprenant même un pharmacien inspecteur. De plus, la Commission de l'armée de la Chambre des députés vient, vous le savez, en examinant le projet de loi modifiant la loi du 21 mars 1905 sur le service militaire, d'adopter une disposition créant le grade de *pharmacien auxiliaire*. Or, les raisons qui militent en faveur de la création de ce dernier grade s'appliquent intégralement à la création du grade de *dentiste auxiliaire*.

Si une assimilation de fonctions peut être établie, ce n'est pas entre le dentiste et l'étudiant en médecine, mais bien plutôt entre les dentistes et les pharmaciens. En guerre, le pharmacien auxiliaire — nous citons les termes de la lettre du 5 mai — « n'accompagnera pas, lui non plus, la troupe au feu, ne dirigera pas sur la ligne de combat les brancardiers régimentaires » ; cependant, il a paru rationnel à la Commission de l'armée de la Chambre des députés de créer ce nouveau grade.

Tout comme le pharmacien auxiliaire, mais dans une sphère différente, le dentiste auxiliaire est appelé, en cas de guerre, à rendre les plus grands services, dans les formations sanitaires pour toutes les blessures de la face, où le concours de la prothèse restauratrice, apanage exclusif du dentiste, est constamment nécessaire, soit pour les fractures des maxillaires, soit pour les pertes de substances faciales ou craniennes, et, dans le domaine qui lui est propre, il ne serait à aucun moment « gêne et embarras », comme le dit avec inexactitude la lettre du 5 mai, mais il serait au contraire un utile auxiliaire du Service de santé de l'armée.

***

De l'avis de tous leurs supérieurs qui les ont vus à l'œuvre, les chirurgiens-dentistes, grâce auxquels la mise en application de la circulaire du 10 octobre 1907 a pu être assurée, ont rendu les plus grands services. Or, dans les conditions actuelles, ils ne peuvent pas s'élever dans la hiérarchie militaire comme peuvent le faire leurs camarades combattants ou non combattants, et cela constitue une anomalie.

En outre, le dentiste militaire aurait besoin d'avoir, de par son grade, une certaine autorité sur les hommes de troupe qu'il est appelé à traiter, et dont il est l'égal actuellement.

Ces raisons, à elles seules, sont déjà suffisantes, à nos yeux, pour justifier la création de ce grade modeste de dentiste auxiliaire. Ce sont elles sans doute qui ont engagé un membre de la Commission de l'armée de la Chambre des Députés, M. Méquillet, à présenter un amendement tendant précisément à cette création.



Dans les pays étrangers on ne pense pas du reste que, comme il est dit dans la lettre qui nous occupe, les dentistes militaires pourront être, en cas de guerre « gêne et embarras ». Certains d'entre eux sont allés beaucoup plus loin que la création d'un grade de dentiste auxiliaire : ils ont créé un corps autonome de *dentistes militaires* ayant rang d'officier jusqu'au grade de commandant inclusivement. Nous citerons notamment l'Allemagne et les Etats-Unis d'Amérique, et les Etats-Unis ont même étendu, l'année dernière, cette organisation à la marine.



En terminant, la lettre à laquelle nous répondons, fait état d'un rapport adressé par la Fédération dentaire nationale au Recteur de l'Université de Paris, duquel (nous citons textuellement la lettre) « il semble ressortir que la profession de dentiste doive avant peu se recruter à peu près exclusivement parmi les docteurs en médecine spécialisés. Il paraît par suite, inutile, ajoute-t-elle, d'envisager la création d'un grade auquel manqueraient probablement les candidats ».

Nous protestons très vivement contre cette interprétation abusive des termes de ce rapport et nous tenons à ne pas laisser s'accréditer une semblable opinion dans les milieux autorisés.

La réforme des études dentaires introduite par le décret du 11

janvier 1909 a présenté certaines difficultés d'application ; elle a notamment amené une diminution momentanée du nombre des étudiants en chirurgie dentaire, et le rapport auquel il est fait allusion par la lettre avait pour but, afin de faciliter la transition, de demander certaines modifications à ce décret, entre autres la possibilité d'une réduction de la durée des études dentaires.

Mais ce rapport ne dit nulle part que la profession de dentiste doit avant peu se recruter à peu près exclusivement parmi les docteurs en médecine spécialisés ; il n'envisage, au contraire, ce remplacement que comme une hypothèse absolument irréalisable. Le dit rapport appelle simplement l'attention des pouvoirs publics sur les inconvénients, au point de vue social, de la diminution du nombre des dentistes et, parmi ces inconvénients, il signale les difficultés que pourrait rencontrer l'Administration militaire pour le recrutement des chirurgiens-dentistes nécessaires au fonctionnement des services dentaires de l'armée. Nous regrettons que cet argument n'ait pas frappé le rédacteur de la lettre et que celui-ci n'ait pas pensé que le refus de la création de dentistes auxiliaires était précisément de nature à entraver le recrutement des dentistes dont l'armée a besoin.

Si l'auteur de cette lettre compte, pour ce recrutement, sur le concours des docteurs en médecine spécialisés, il nous semble qu'il s'abuse étrangement, ceux-ci étant en nombre très restreint et ne se spécialisant en général qu'à la fin de leurs études médicales, sans compter que l'expérience des guerres modernes montre que l'incorporation de tous les médecins aptes à être utilisés pour les besoins de l'armée est encore insuffisante pour assurer le seul service médico-chirurgical des troupes combattantes.

Le rapport précité indique qu'il faut 200 praticiens pour assurer les services dentaires de l'armée ; or ce n'est certainement pas dans la catégorie des médecins spécialisés qu'on pourra les trouver, mais seulement parmi les chirurgiens-dentistes. Il importerait donc à une administration militaire ayant vraiment le souci d'assurer les services dont elle a la charge d'appuyer auprès de l'Administration de l'Instruction publique notre demande qui tend à obvier à la *raréfaction momentanée des chirurgiens-dentistes.* Nous disons *raréfaction* et non *disparition*, car nous n'avons jamais prévu cette disparition et elle n'est pas à prévoir.

Ajoutons que la création du grade de dentiste auxiliaire demandée par notre pétition du 20 mars ne serait pas de nature à nuire au recrutement des dentistes militaires, dont l'armée a plus besoin que les dentistes n'ont besoin de ce grade pour continuer à donner, avec le même dévouement que par le passé, leurs soins à leurs camarades des corps de troupe.

Nous nous plaisons à espérer, monsieur le Ministre, que les considérations développées dans la présente lettre, qu'il n'a pas dépendu de nous de faire moins longue, auront pour effet de frapper un esprit non prévenu et vous permettront de revenir sur un refus qui nous a été opposé peut-être pour des raisons de doctrine ou d'école plutôt que par la préoccupation d'utiliser une profession qui fait chaque jour ses preuves, en lui permettant de concourir, à la place à laquelle elle a droit, à la grande œuvre de la défense nationale qui vous a été confiée et à laquelle vous vous consacrez avec une activité méritoire.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'hommage de nos sentiments respectueux et dévoués.

Pour la Fédération dentaire nationale :

Le président, A. BLATTER.

Le secrétaire général, HENRI VILLAIN.

Extrait du procès-verbal de la 1re séance de la Chambre des députés du 18 juillet 1913.

M. le président. — Nous passons à un amendement de M. Raoul Méquillet, tendant à ajouter à l'article 15 les deux paragraphes suivants :

« *Les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou admis en cinquième année d'études (c'est-à-dire en troisième année de scolarité, la scolarité étant précédée de deux années de stage) et qui ont subi avec succès à la fin de la première année de service l'examen de dentiste auxiliaire sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme dentistes auxiliaires. Les dentistes auxiliaires jouiront des droits et prérogatives attachés à l'emploi de médecin ou de vétérinaire auxiliaire.*

» *Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'admission et les matières de cet examen.* »

La parole est à M. Méquillet.

M. Raoul Méquillet. — Je demande à la Chambre d'étendre aux chirurgiens-dentistes pourvus de leur diplôme de chirurgien-dentiste ou admis en cinquième année d'études la mesure qui est appliquée aux médecins auxiliaires, aux pharmaciens auxiliaires et aux vétérinaires auxiliaires. Je vais lui démontrer que l'amendement que j'ai l'honneur de lui soumettre n'a rien d'excessif et qu'il se justifie par les services que les chirurgiens-dentistes rendent à l'armée. Il me suffira, pour en établir le bien-fondé, de rappeler que le service dentaire a déjà été organisé dans l'armée et qu'il a donné des résultats

appréciables. C'est vers 1907 qu'on a reconnu la nécessité de ce service et il a été organisé par une circulaire de M. Chéron, sous-secrétaire d'Etat de la guerre, qui porte la date du 10 octobre 1907. Elle est relative à l'organisation d'un service de stomatologie dans l'armée. Une circulaire plus récente du 2 décembre 1910 a encore précisé le fonctionnement de ce service dans l'armée.

La circulaire d'octobre 1907 dit notamment ceci :

« L'hygiène moderne a démontré l'importance considérable qu'on doit accorder aux soins de la bouche et des dents. Jusqu'ici on s'est peu occupé de cette question dans l'armée, où cependant les journées d'indisponibilité pour lésions dentaires atteignent un chiffre élevé. En 1903, notamment, les affections des dents ont entraîné l'hospitalisation de 1.845 soldats, avec 18.639 journées de traitement. De plus, les maladies et l'évolution vicieuse des dents donnent lieu parfois à des complications qui nécessitent des interventions chirurgicales sérieuses, alors que ces complications pourraient être en grande partie évitées par une surveillance attentive et par des soins donnés en temps opportun.

» Il importe donc de développer chez les médecins militaires les connaissances techniques indispensables pour la surveillance et le traitement des affections dentaires. D'autre part, ces connaissances doivent trouver leur application dans les corps de troupes où il importe de prendre dès maintenant certaines dispositions d'une application pratique. »

Après les essais faits en 1907 et poursuivis pendant trois années, une circulaire du ministère de la guerre du 2 décembre 1910 posa avec précision les principes qui devraient désormais être appliqués :

« 1° Dans chaque hôpital ou hospice mixte, à mesure que les crédits alloués le permettront, une clinique dentaire sera créée pour donner des soins aux dents des officiers, sous-officiers et soldats de l'armée active ;

» 2° Dans chaque corps d'armée, le directeur du service de santé désignera les hôpitaux militaires ou hospices où des cliniques dentaires devront être installées au fur et à mesure des crédits ;

» 3° Le service des cliniques dentaires sera assuré par des militaires possédant, au moment de leur incorporation dans l'armée, le diplôme de chirurgien-dentiste d'une faculté de médecine ou, à défaut, par des étudiants ayant huit inscriptions de chirurgie dentaire. »

Bien que les textes que j'apporte à l'appui de ma thèse soient aussi probants qu'intéressants à connaître, je ne veux pas en infliger la lecture entière à la Chambre. Je me bornerai, pour en finir avec les documents émanants du ministère de la guerre et reconnaissant l'influence dangereuse que peut avoir une mauvaise dentition, à rappeler une circulaire assez récente du département de la guerre

qui prescrit que les soldats, sous-officiers appelés en Algérie, Tunisie, aux colonies ou à l'armée du Maroc sont tenus avant de s'embarquer d'avoir leur denture mise en état.

Qu'il me soit permis d'indiquer qu'il résulte de statistiques officielles que 50 p. 100 des jeunes recrues ont besoin de soins immédiats, 30 p. 100 de soins secondaires et qu'enfin le nombre des indisponibilités dues à des affections dentaires, considérable avant 1907, avait diminué en 1910 et qu'il a encore diminué à l'heure actuelle.

Je peux donc affirmer, sans crainte de rien exagérer, que les soins donnés par les dentistes militaires évitent de nombreuses journées d'indisponibilité.

Je me demande donc pourquoi, si on a reconnu la nécessité des chirurgiens-dentistes dans l'armée, si dans certains corps et par application de la circulaire ministérielle du 2 décembre 1910, on a établi des cabinets dentaires auxquels sont attachés, cela va sans dire, les étudiants en chirurgie dentaire, je demande, dis-je, pourquoi l'autorité militaire, qui fait appel aux hommes pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou ayant huit inscriptions, se refuse à les assimiler à leurs camarades les étudiants en médecine et en pharmacie ? Il n'y a pour s'y refuser aucune raison sérieuse.

Je veux rappeler à la Chambre que les chirurgiens-dentistes dépendent des facultés de médecine auprès desquelles ils font leurs études et passent leurs examens. Ils s'y font une spécialisation : l'art dentaire. Mais leurs examinateurs sont des professeurs de facultés de médecine et les matières sur lesquelles portent leurs examens se rapprochent beaucoup sur certains points de celles demandées aux étudiants en médecine.

Le diplôme de chirurgien-dentiste, créé par la loi du 30 novembre 1892, ne peut s'obtenir, d'après le décret du 11 janvier 1909, qu'après cinq années d'études, savoir :

Deux ans de stage.

Trois années de scolarité qui comportent : un examen de validation de stage et trois examens de fin d'année, subis tous devant une faculté de médecine.

Pendant ces cinq années, l'étudiant en chirurgie dentaire dans les facultés suit les cours d'anatomie, asepsie, antisepsie, physiologie, pathologie, thérapeutique, bactériologie, etc.

La situation des chirurgiens-dentistes au point de vue de la solidité des études étant analogue à celle des étudiants en médecine et en pharmacie, il semble logique que les règles qui sont appliquées à ces derniers en matière militaire soient appliquées aux chirurgiens-dentistes remplissant pendant la durée de leur témps de service un emploi de leur spécialité.

Ils peuvent, cela ne me paraît pas contestable, rendre de nombreux services, soit en temps de paix, soit en temps de guerre.

Ils en rendraient, en temps de guerre autant si ce n'est plus que des infirmiers pris au hasard dans des professions quelconques et totalement dépourvus des connaissances médicales même les plus élémentaires.

Les médecins militaires, sous le contrôle et l'autorité desquels ils seraient placés, trouveraient en eux des auxiliaires précieux, car, en dehors des soins dentaires qu'ils auraient à donner, ils pourraient rendre de grands services au point de vue petite chirurgie, anesthésie, pansements, etc.

Ne sont-ils pas tout désignés pour soigner les blessures de la face intéressant la denture, les fractures de maxillaires ?

Vous venez sans aucune discussion d'admettre qu'on créerait dans l'armée le grade de pharmacien auxiliaire. Pourquoi ne voulez-vous pas accorder aux chirurgiens-dentistes dont les services ont été appréciés par de nombreuses autorités médicales militaires les mêmes avantages ?

Il y a là une inégalité choquante que rien ne justifie.

Oh ! Je sais que le ministère de la guerre, touché d'une demande ayant trait à la question, a fait à la Fédération dentaire nationale, qui la lui avait soumise, une réponse en date du 5 mai 1913, dont voici un extrait très court :

« En ce qui concerne le grade de dentiste auxiliaire que vous voudriez voir créer, par assimilation, au point de vue militaire, des étudiants en médecine, j'ai le regret de ne pouvoir donner mon adhésion à votre proposition.

» En effet, toute création de grade nouveau dans l'armée doit trouver sa justification dans les nécessités tant du temps de paix que du temps de guerre.

» En paix, alors que le médecin auxiliaire vit de l'existence propre de la troupe, qu'il la suit dans tous ses déplacements et doit, journellement, faire acte d'autorité, le dentiste ne participe à aucune des manifestations actives de la vie du soldat. Son action s'exerce dans le cabinet dentaire : elle est uniquement professionnelle, aucunement militaire.

» En guerre, le médecin auxiliaire accompagne la troupe au feu ; il dirige sur la ligne de combat les brancardiers régimentaires. Par contre, on ne conçoit pas l'utilisation possible à la mobilisation des dentistes auxiliaires par le Service de santé pour lequel, alors, tout personnel qui ne contribuerait pas immédiatement à assurer la conservation des effectifs engagés, le relèvement, le traitement et l'évacuation des malades et blessés, ne pourrait être que gêne et embarras. »

Tout d'abord, vous remarquerez avec moi que les objections faites contre la création du dentiste auxiliaire, ayant rang d'adjudant, se retournent contre celle du pharmacien auxiliaire, admise cependant

par le ministère de la guerre et par la Commission de l'armée. Le pharmacien auxiliaire n'aura jamais à accompagner la troupe au feu. Le dentiste auxiliaire pourra, au contraire, seconder très utilement les médecins militaires dont le nombre, à l'heure actuelle et de l'avis de tous, est absolument insuffisant.

Des chiffres précis ont été donnés il y a quelques instants par notre collègue le docteur Lachaud : il manque environ 700 médecins militaires.

Pourquoi, messieurs, ne pas utiliser le concours précieux que peuvent apporter soit en temps de paix, soit en temps de guerre, les chirurgiens-dentistes ? Pourquoi leur refuser tout droit à l'avancement et ne pas leur permettre de donner à la fois la mesure de leur science et de leur courage en les assimilant aux médecins auxiliaires et en les autorisant à aller au feu ?

Ils n'ont qu'un but, qu'une ambition, devenir les auxiliaires immédiats des médecins militaires, sous le contrôle desquels on pourrait les placer.

Si vous craignez en acceptant mon amendement d'avoir un nombre très considérable de dentistes auxiliaires, je vais vous fournir quelques indications de nature à vous rassurer.

Il résulte des renseignements qui m'ont été donnés que les écoles de chirurgie dentaire fournissent chaque année environ 120 à 150 élèves pourvus du diplôme. Par conséquent, c'est 120 ou 150 chirurgiens-dentistes que vous ferez entrer dans l'armée. Et qu'on ne me dise pas qu'ils sont inutiles, puisque l'autorité militaire les emploie comme simples soldats. Par ce fait qu'on les attache comme simples soldats aux cliniques des hôpitaux ou des garnisons, on leur interdit d'obtenir des galons : au bout de leurs deux ans de service, au bout de trois ans avec la nouvelle loi, ils partent et partiront simples soldats.

Il y a là une inégalité, une injustice et, en même temps, de la part de l'autorité militaire, un traitement qui ne s'explique pas.

Pourquoi en faire des parias ?

On les prend dans les cliniques parce qu'ils ont des connaissances spéciales, parce qu'ils sont chirurgiens-dentistes, on les empêche d'être dans les rangs avec leurs camarades du service armé et par là même on ne leur permet pas, puisqu'ils ne peuvent suivre le peloton des élèves caporaux, de devenir caporaux, sous-officiers et enfin, plus tard, officiers de réserve.

Si, maintenant, messieurs, nous jetons un coup d'œil sur ce qui se passe dans les armées étrangères, nous constatons qu'elles sont très en avance sur nous pour l'organisation des services dentaires.

Les armées serbe, bulgare, canadienne, anglaise sont pourvues de dentistes. Le gouvernement allemand a institué, depuis de nom-

breuses années, un corps très complet de dentistes militaires. L'armée allemande eut tout d'abord des sous-officiers dentistes, elle comprend maintenant en plus des dentistes ayant rang d'officier.

Enfin aux Etats-Unis, le corps des chirurgiens-dentistes a été réorganisé dans l'armée de terre et de mer par deux lois des 29 janvier 1908 et 22 avril 1912. Pourquoi ce qui est utile, ce qui est appliqué dans les différentes armées que je viens de citer ne le serait-il pas dans l'armée française ?

Les raisons que je viens d'invoquer rapidement, car je ne veux pas abuser des instants de la Chambre, me paraissent de nature à vaincre la résistance du ministère de la guerre. Il s'agit, pour la Chambre et, dans un esprit de justice, auquel elle ne refusera pas de s'associer, de décider, comme elle l'a fait pour les pharmaciens auxiliaires, qu'elle accordera aux chirurgiens-dentistes pourvus de leur diplôme, ou aux étudiants admis en cinquième année d'études dentaires, le titre de dentiste auxiliaire. Il va sans dire que le grade ne sera accordé, comme je l'indique dans mon amendement, qu'à ceux qui, à la fin de leur première année de service, auront subi avec succès l'examen de dentiste auxiliaire.

J'insiste, messieurs, pour que vous preniez en considération ces desiderata. Assimilés aux médecins auxiliaires les dentistes auxiliaires seront fiers d'accompagner au feu les troupes auxquelles ils auront été attachés et ils seront heureux de partager avec leurs camarades de la faculté de médecine l'honneur d'avoir vu le feu de l'ennemi et d'avoir avec eux secouru les blessés.

Je demande donc à la Chambre d'adopter mon amendement. *(Applaudissements sur plusieurs bancs.)*

M. le rapporteur. — L'honorable M. Méquillet a soutenu avec énergie et avec talent la cause des chirurgiens-dentistes. Dans les régiments, les colonels qui auront la bonne fortune de posséder des chirurgiens-dentistes pourront, de temps en temps, leur faire examiner la bouche des hommes placés sous leur commandement ; mais je ne crois pas que nous puissions pour cela les assimiler aux catégories visées par l'article en discussion.

M. Méquillet demande que ces jeunes gens puissent faire partie du service armé. Nous sommes tout à fait de cet avis, et on ne peut pas empêcher un dentiste de gagner ses galons de brigadier, de caporal, de maréchal des logis ou de sergent. *(Mouvements divers.)*

M. Peyroux. — Ce n'est pas cela que M. Méquillet a demandé.

M. le rapporteur. — Par conséquent, la Commission demande à la Chambre de repousser l'amendement de M. Méquillet.

M. le président. — Je mets aux voix l'amendement de M. Méquillet, repoussé par la Commission.

(L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DENTISTES CONTRE MÉDECINS-DENTISTES

Nous relevons dans le Journal dentaire belge *de mars dernier l'intéressant article qui porte ce titre et dont nous croyons devoir reproduire les passages essentiels.*

. . . .

. . . .

Nous avons lu avec intérêt le discours prononcé à l'ouverture des cours de l'Institut Stomatologique par son Directeur ; il nous semble qu'il demande une réponse, qu'elle est sollicitée même.

Ce discours est un panégyrique de la thèse stomatologique et ne pouvait, en réalité, être autre chose. Il est cependant échafaudé sur une argumentation tendancieuse manquant de réalité et de logique.

En premier lieu, il est erroné de proclamer que l'âge auquel la moyenne des jeunes gens obtiennent le diplôme de docteur en médecine est 24 ans. Ceci est tout à fait exceptionnel. Les enfants entrent généralement à l'école à l'âge de 7 ans et le cycle complet des études comprend six années d'école primaire, six années d'athénée et sept d'université, soit en tout dix-neuf années ; donc l'âge pour l'obtention de diplôme est 26 et non 24 ans, comme le proclame l'orateur.

Etant donnés ces faits, la nécessité de la création d'un Institut de Stomatologie ne pouvant valablement et utilement enseigner l'art dentaire que lorsque l'étudiant a fini ses études universitaires est un des plus forts arguments à opposer à la thèse stomatologique. Comment, après dix-neuf années d'études, à l'âge de 26 ans, un jeune homme n'est pas encore à même de devenir indépendant, de se créer une situation, de se rendre utile à ses semblables ! Il faut encore que, pendant deux années au moins, il retourne à l'école, car le Directeur ne le cache point aux nouvelles recrues : « Il faudra un stage suffisamment long pour acquérir la dextérité manuelle sans laquelle ils ne peuvent entreprendre avec succès la pratique délicate de la stomatologie. »

. . . .

Et comment le Directeur ne comprend-il pas l'aberration d'exiger ce stage supplémentaire pour pouvoir donner des soins dentaires à ceux qui, de par leur diplôme, ont le droit et, nous le supposons, les capacités voulues pour exécuter toutes opérations chi-

rurgicales et entreprendre le traitement de toutes les maladies. Il avoue par là même que les années passées à l'Université n'ont pu donner au médecin les connaissances voulues, soit théoriques, soit pratiques, pour qu'ils soient aptes à pratiquer l'art dentaire. Celui-ci n'est point inclus dans ce tout dont le symbole est le diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements.

L'art dentaire n'entre donc pas dans l'une de ces branches de l'art de guérir, du moins à l'Université, et celle-ci ne l'y a et ne pourra jamais l'y faire entrer. Il est incontestable que l'art dentaire se rattache à la médecine par bien des points, mais il s'en détache par plus encore, et partout où l'art dentaire s'est véritablement développé, là où des hommes illustres l'ont élevé au niveau qu'il occupe actuellement, il a toujours été considéré comme une branche autonome ayant une base scientifique délimitée par ses nécessités et un enseignement complet de toutes les parties constituant son essence même.

L'auteur s'est livré à une enquête en Suisse, en France, en Italie et en Amérique et partout il lui a été répondu que les docteurs en médecine restent inférieurs comme instruction professionnelle aux étudiants en dentisterie ayant suivi un enseignement régulier.

. . . .

Reprocher à certains universitaires, chauds partisans de la thèse odontologique, leur opinion, fruit de leur expérience personnelle, n'est pas la déduction d'une argumentation bien serrée. Comment, voilà des praticiens qui ont suivi la voie préconisée par les stomatologistes, ils ont donc pu en apprécier les avantages et les inconvénients, et la conclusion à laquelle ils se sont arrêtés devrait avoir d'autant plus de poids et de valeur ; mais on leur fait un grief d'être conséquents avec eux-mêmes et d'oser proclamer qu'ils voient une autre route pour atteindre à la connaissance complète de l'art dentaire, route à la fois moins longue, moins ardue, plus directement tracée et permettant d'arriver au port dans de meilleures conditions. Il faut les louer, au contraire, d'avoir le courage de leur opinion, d'autant plus que la controverse n'a point toujours été marquée, de la part de nos contradicteurs, au sceau de la courtoisie qui devrait toujours exister entre confrères.

Mais il est un autre argument que nous voyons invoquer chaque fois que cette question est remise sur le tapis, et le Directeur de l'Institut de Stomatologie n'a pas manqué de le mettre en avant. La profession médicale est encombrée ; elle comprend 4.500 médecins, et ce chiffre, déjà formidable, va sans cesse en augmentant. Il faut donc lui trouver un champ plus vaste sur lequel elle puisse s'étendre, de façon à ce que la lutte soit moins pénible. Donc, l'art dentaire doit lui être exclusivement réservé. Cette manière de rai-

sonner nous semble le contraire d'une argumentation scientifique. Tant que l'on maintient la question sur son véritable terrain, c'est-à-dire si l'on envisage seulement le point de savoir quel est le meilleur enseignement dentaire, quel est celui qui, dans le plus court espace de temps, forme le meilleur dentiste, car c'est là que gît tout le problème, on se trouve sur un sol ferme et solide et chaque point de vue doit être examiné sans idée préconçue, sans faux amour-propre, rien qu'avec le désir de faire œuvre bonne et utile à la société. Car si la délivrance d'un diplôme donne des droits à son titulaire, si en quelque sorte elle crée un privilège, il en découle des devoirs et il est inadmissible qu'une profession fermée soit uniquement organisée dans l'intérêt de ceux qui l'exercent.

Aussi, lorsque l'on prétend réserver cette spécialité à la profession médicale uniquement pour permettre à certains de ses membres d'y trouver profits et avantages sans tenir compte du tort que cette solution pourrait faire à la société, si l'intérêt que l'on y trouve est simplement un intérêt d'argent, alors la discussion sort du cadre dans lequel elle devrait se cantonner, elle devient un plaidoyer *pro domo* et revêt un caractère mercantile en opposition avec les principes qui doivent guider tout homme se réclamant d'une éducation humanitaire et universitaire.

Les stomatologistes prétendent, ajoute l'article, que les soins à donner aux dents ressortissent de plus en plus à la médecine, et que celle-ci suffira à guérir les maladies dentaires. Cependant l'expérience prouve le contraire.

. . . .

Les médecins spécialistes ont trouvé l'art dentaire dans un état de perfection et d'avancement tel qu'ils n'ont pu que l'adopter tel qu'il était et l'appliquer selon leurs capacités, au moyen des procédés qu'ils vont apprendre dans les écoles étrangères, créées et dirigées par des dentistes.

Les lois de l'asepsie, de l'antisepsie y sont enseignées et pratiquées tout aussi bien que dans les Ecoles de médecine : leur application toute spéciale est l'objet d'attentions particulières des corps enseignants. Il suffit de consulter les programmes des cours de ces Ecoles et les traités mis à la disposition des élèves pour s'assurer que rien n'y est négligé sous ce rapport.

Quant à la question des anesthésiques, tant généraux que locaux, il suffira de rappeler que ceux-ci ont pris naissance et que leur application s'est surtout développée dans l'odontologie pour faire justice de cette objection qu'il faut être médecin pour pouvoir les utiliser sans danger pour la vie des patients. Il n'est peut-être pas une spécialité où ils soient plus en usage. L'emploi du protoxyde d'azote, par exemple, est fort répandu dans le monde

dentaire de beaucoup de pays et il n'est pas démontré par les statistiques que le nombre d'accidents soit proportionnellement plus considérable au fauteuil dentaire qu'à la salle d'opérations.

L'auteur rappelle l'ordre du jour voté par le Congrès dentaire belge de 1910 *relatif à la création en Belgique d'une école dentaire belge autonome où l'enseignement professionnel aurait une durée de 2 ans.*

. . . .

Il faut reconnaître que, si les travaux manuels ont une importance capitale pour développer les capacités du futur praticien, plus tôt ils seront abordés par l'élève, mieux il sera à même de rendre les services que l'on attend de lui.

Nous l'avons dit et répété, l'art dentaire a ceci de particulier et de spécial qu'il comprend non seulement la nécessité de débarrasser l'organisme des parties atteintes de maladies, de carie, de nécrose, mais surtout de reconstituer manuellement ce qui a été enlevé, de rendre aux organes malades tout ce qu'ils ont perdu afin de leur permettre d'exercer à nouveau leurs fonctions physiologiques, tout en les mettant à l'abri de la récidive. Pour atteindre ce but, il faut que le praticien soit rompu aux difficultés manuelles qu'il comporte et un apprentissage long, minutieux et méthodique est indispensable. Seule, l'Ecole dentaire est capable de le donner si elle est abordée par des sujets jeunes pouvant se soumettre à un entraînement parfois rebutant et demandant une vocation forte faisant accepter les travaux du début, indispensables cependant à la formation du praticien complet.

A l'Ecole de Stomatologie, les faits l'ont prouvé, il n'est pas possible de retenir les élèves pendant une période suffisante pour obtenir des résultats complets. Impatients d'exercer enfin la profession pour laquelle ils ont subi une interminable préparation, inadéquate à l'objet visé, ils ne se soumettent plus à un apprentissage progressif et, comme, d'autre part, ils n'ont guère exercé leur adresse manuelle pendant leurs études universitaires, lorsqu'ils se trouvent devant la clientèle, ils doivent parachever leur éducation professionnelle aux dépens de celle-ci.

Les sujets d'élite peuvent, avec beaucoup de peine, de patience, de travail, de persévérance, parfaire aux défauts de préparation qui caractérise ce mode d'enseignement, mais une règle générale doit s'adresser à la moyenne des capacités et ne pas être établie uniquement pour les exceptions, d'autant plus que les besoins de la société sont tels en cette matière qu'il est nécessaire de former un nombre suffisant de praticiens capables, à même de suffire à ses besoins.

L'enseignement de l'odontologie doit obligatoirement comprendre

la prothèse, la dentisterie opératoire, les couronnes, les bridges et l'orthodontie.

. . . .

Pour tout esprit bien informé, cette obligation nécessite une longue présence au laboratoire et à la clinique ; prétendre le contraire serait affirmer des faits inexacts et dépourvus de toute sincérité. Aussi, que voyons-nous dans la pratique ? Ceux qui ont négligé de se soumettre à cette nécessité absolue, ceux qui ont cru que le doctorat en médecine seul, ou seulement augmenté d'un vernis d'enseignement dentaire, pouvait suffire pour pratiquer cet art, se sont buttés, dès le début de leur vie professionnelle, à des difficultés d'ordre pratique presque insurmontables, et humiliation grande, ont dû appeler à leur aide de simples techniciens, non préparés pour cet objet, afin de pouvoir réaliser certains travaux qu'ils devaient se reconnaître incapables d'effectuer.

Voilà donc des universitaires à la merci d'hommes n'ayant fait aucune étude et n'ayant subi aucune préparation scientifique ; c'est à eux qu'ils ont recours, c'est grâce à eux qu'ils sont à même d'entreprendre tous travaux de prothèse, depuis la prise d'empreinte, de l'articulation, jusqu'au placement des appareils. C'est à eux qu'ils doivent s'adresser pour exécuter leurs couronnes, leurs travaux à pont, depuis le premier stade jusqu'au dernier.

Ce sont là des faits acquis ; jamais auparavant ils ne s'étaient produits ; ce n'est que depuis l'entrée des docteurs en médecine dans la spécialité que l'on a vu de la sorte les rôles renversés et le subalterne en remontrer à son supérieur.

Encore ces subalternes ont-ils appris pratiquement ce qu'ils savent chez des praticiens dentistes. Si ceux-ci venaient à disparaître, s'ils ne pouvaient plus former de nouveaux techniciens sauveurs des docteurs en médecine, il y aurait pour ces derniers obligation de faire machine en arrière et de reconstituer l'enseignement dentaire qu'ils cherchent, inconsciemment peut-être, à désorganiser, à faire disparaître même.

Enfin plus la connaissance de l'hygiène pénétrera dans les couches inférieures de la société, plus il y aura de patients qui sentiront la nécessité de conserver leurs dents et il faudra former toute une pléiade de dentistes pour satisfaire à ces besoins.

L'inspection dentaire devra être faite dans toutes les écoles ; des cliniques dentaires devront être créées pour soigner les 90 o/o des enfants qui souffrent de caries dentaires ; de même, toute l'industrie de l'alimentation, pour cause d'utilité publique, devra être visitée, inspectée, soignée, nos soldats eux-mêmes devront passer par les mains de dentistes experts, ce qui nécessitera la création d'un nombre toujours croissant de spécialistes.

L'Institut de stomatologie ne pourra les former, car il s'adresse à un trop petit nombre de privilégiés ayant, grâce à des moyens suffisants, le temps de continuer pendant deux ans encore des études déjà si longues et si coûteuses.

Nous concluons : L'art dentaire s'est développé, perfectionné il a subi son évolution sans le secours des médecins. Dans les pays où son enseignement est bien organisé, il forme des dentistes capables et répondant, sous tous les rapports, aux nécessités requises pour exercer, à la satisfaction de tous, leur profession. Il n'est pas démontré que le doctorat en médecine ajoute quoi que ce soit à l'aptitude professionnelle du dentiste ; au contraire, en raison de l'heure tardive à laquelle le médecin commence son apprentissage, celui-ci étant fatalement écourté et incomplet, il est moins bien préparé pour exercer cette profession.

De plus, la longueur des études, telles qu'elles sont préconisées par les stomatologistes, est une entrave au recrutement d'un corps de dentistes en nombre suffisant pour faire face aux nécessités de la société.

Nous espérons avoir de la sorte soulevé le voile qui cachait aux yeux du Directeur de l'Institut de Stomatologie et de ceux qui, comme lui, ne voulaient pas voir, le mystère qui enveloppait le bien-fondé de nos revendications.

Nous avons la conviction de n'avoir rien avancé qui ne soit l'expression de la vérité et de la réalité.

La création de l'Institut de Stomatologie n'est pas faite cependant pour nous déplaire ; elle montre, comme nous le disions au début de cette chronique, que la question est de plus en plus à l'étude, qu'elle préoccupe les esprits, et nous avons le ferme sentiment que, lorsqu'enfin elle se présentera devant le Parlement pour recevoir la solution tant attendue, celle-ci sera conforme au simple bon sens et aux intérêts publics bien compris, ce qui est la seule considération qui doit guider ceux qui en ont la charge.

E. R.

NÉCROLOGIE

Les journaux quotidiens ont signalé tout récemment la mort de trois jeunes alpinistes survenue dans une ascension périlleuse. Parmi ces trois victimes se trouvait un ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, M. Octave Gélinier, âgé de 20 ans, fils de notre confrère M. Gélinier.

Nous adressons à M. Gélinier et à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Souscription Philippoteaux.

La souscription ouverte par l'A. G. S. D. F. au profit de la famille de feu M. Philippoteaux et que nous avons annoncée dans notre numéro du 30 mars dernier est close et a donné le résultat suivant :

A. G. S. D. F.	200 »	*Report*...	666 »
MM. André	3 »	MM. Lebègue	2 »
L. Bioux	20 »	Léger-Dorez	20 »
Cercle odontologique de France	35 »	Levett	20 »
MM. Davigneau	5 »	Macaigne	20 »
Debray (Evreux)	20 »	Miégeville	20 »
Dupontreué	5 »	Œuvre de la maison du dentiste	20 »
Fié	3 »	MM. Prével (père et fils)	5 »
Frey	300 »	Roy	10 »
Fontanel	5 »	Ruppe	20 »
Godon	50 »	Tacail	5 »
Graff	5 »	G. Villain	20 »
Haloua	2 »	H. Villain	20 »
Housset	3 »	Zimmermann	20 »
Kaminer	10 »		868 »
à reporter.....	666 »		

Chambres de chirurgiens-dentistes.

Le Ministre de l'Intérieur du Royaume de Prusse a fixé à la période 22-28 juin dernier les élections des membres de la Chambre de chirurgiens-dentistes dont nous avons parlé dans un de nos derniers numéros. Cette Chambre comptera 31 membres et 31 suppléants. C'est ainsi que la Prusse rhénane nomme 3 membres et 3 suppléants ; l'arrondissement de Berlin, 5 membres et 5 suppléants.

L'élection se fait par bulletins mentionnant les nom, profession et domicile du votant, ainsi que les noms des membres et des représentants qu'il a choisis ; ces bulletins sont envoyés au Président supérieur de la province.

Clinique dentaire scolaire.

Une quatrième clinique dentaire scolaire vient d'être ouverte à Berlin, en raison de l'affluence des patients dans les trois autres.

Congrès des dentistes autorisés.

Le 29 juin, a eu lieu, à l'hôtel Continental, à Alexandrie (Egypte) le Congrès des Dentistes autorisés. M. A. Lenthy, d'Alexandrie, a été élu président ; environ vingt-cinq dentistes parmi lesquels une dame, assistaient au Congrès.

Le secrétaire a lu le rapport du Comité. Il résulte de ce rapport que les dentistes autorisés se plaignent de la concurrence que leur font les dentistes non autorisés.

En conséquence ils ont fait des démarches auprès des Services sanitaires afin de rendre plus efficaces les mesures contre leurs concurrents. Ils ont demandé à cet effet que contre ces mêmes dentistes soient édictées la confiscation du matériel dentaire et la prison. Les Services sanitaires ont fait bon accueil aux délégués de la Ligue d'Alexandrie et du Syndicat du Caire et leur ont montré un projet de loi en préparation, modifiant le règlement actuellement en vigueur et portant un article transitoire en faveur des dentistes non autorisés, qui auraient exercé depuis dix ans en Egypte et qui auraient subi avec succès un examen pratique. Le Comité des dentistes autorisés a écrit officiellement aux Services sanitaires pour les prier de prendre note de ses desiderata. Les Services sanitaires n'ont pas encore répondu.

La discussion s'engage sur ce rapport, qui est approuvé.

Un banquet confraternel a réuni à l'hôtel National, les congressistes et leurs invités.

(*L'Egypte*, Le Caire, 30 juin.)

Erratum.

Dans le compte rendu de l'inauguration du monument Claude Martin que nous avons publié dans notre numéro du 15 juillet dernier, p. 41, nous avons omis de mentionner, parmi les personnes présentes, M. J. Harwood, de Lyon, représentant l'*American Dental Club of Paris*.

Nous nous empressons de réparer cet oubli, en priant notre confrère de l'excuser.

33e ANNÉE. N° 16. 30 AOUT 1913 Vol. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

AMÉLIORATIONS A LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DENTAIRE PAR L'USAGE DES MOTEURS ÉLECTRIQUES A GRANDE VITESSE.

Par Emile Huet, de Bruxelles.

(Communication à la Société d'Odontologie, 1er juillet 1913.)

Le présent travail a pour but de faire connaître un perfectionnement apporté aux manipulations préparatoires concernant principalement les dents à pivot, les couronnes et les bridges. Il s'adresse tout particulièrement aux confrères faisant de ces travaux une spécialité et qui, au cours de leur pratique journalière, ne cessent de déplorer la perte de temps considérable occasionnée par les préparations.

Comme on le verra plus loin, le procédé que j'expose ici forme un tout dont les divers éléments s'enchaînent pour constituer une méthode nouvelle, qui exige un certain apprentissage et diffère complètement de celle à laquelle les praticiens de nos jours se sont accoutumés.

Les nouveaux modes d'anesthésie, le nombre de plus en plus grand des travaux à effectuer sur les dents dévitalisées, de même que la perte de temps résultant de l'instrumentation actuelle, m'ont amené, il y a une dizaine d'années déjà, à rechercher les moyens d'obtenir un travail plus rapide.

A. — Instrumentation.

L'ensemble du système comprend :

1° Un moteur à vitesse très grande (7.000 tours à la minute) ;

2° Un embrayage électro-magnétique permettant d'arrêter instantanément le bras de tour, par la rupture du courant alimentant le moteur ;

3° Une pédale basculante interrompant ou établissant le courant par un simple mouvement d'élévation ou d'abaissement du pied ;

4° Un rhéostat permettant de graduer la vitesse et de la réduire de 7.000 à 3.500 tours.

Tout en décrivant mon outillage, j'exposerai les raisons qui ont fait écarter jusqu'ici l'usage des moteurs rapides.

I. — Moteur.

Les moteurs dont on s'est servi jusqu'à présent ne réalisent qu'une vitesse de 1.200 à 3.000 tours (maximum) à la minute ; la force qu'ils déploient n'est pas suffisante quand le travail qu'on leur demande est un peu énergique. Cela tient à ce que les constructeurs ont été guidés par les considérations suivantes :

a) Maintenir au moteur un volume réduit.

b) Supprimer le bruit.

c) Faire en sorte que le moteur s'arrête instantanément.

d) Enfin, difficulté pratique d'augmenter la vitesse et la force des moteurs.

Or, il aurait fallu, avant tout, pousser les recherches vers un outil capable d'exécuter la besogne plus rapidement et d'une façon plus efficace.

Ce perfectionnement, je l'ai, pour ma part, demandé en vain à diverses fabriques et, n'ayant pu obtenir satisfaction, je me suis mis moi-même à l'œuvre.

a) Volume réduit. — Il y a disproportion entre la solidité des bras ou câbles de transmission et la puissance qui pourrait être développée par le moteur. Il est donc possible d'augmenter celle-ci sans nuire aux dits organes. *La résistance que peut offrir un bras flexible doit être la limite de la force qu'il faut demander au moteur ;* en d'autres termes, ce dernier doit avoir une force suffisante pour n'être ralenti que sous un effort capable de tordre un flexible. Or,

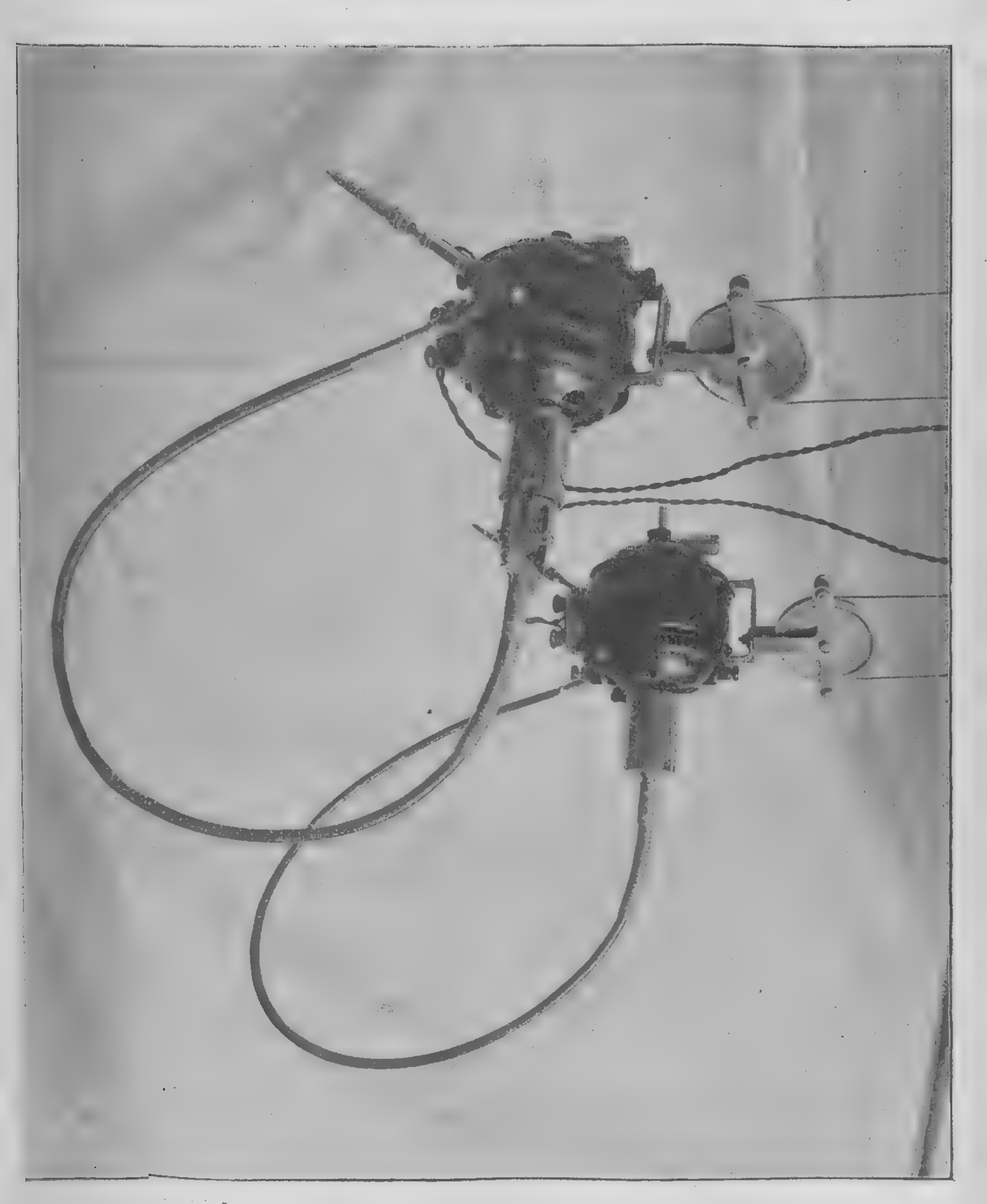


Fig. I. — Moteur.

il n'en est pas ainsi actuellement et l'on peut comparer comme proportions le bras et le moteur à un énorme câble supportant une petite ampoule électrique. Pourquoi ne pas augmenter d'un quart ou d'un cinquième le volume du moteur en vue d'en accroître la puissance de rendement ?

Il est extraordinaire que l'industrie des tours électriques dentaires, au lieu de construire des modèles robustes et logiquement agencés, se soit contentée d'en faire des joujoux, tellement mal compris dans les relations de leurs divers éléments qu'ils sont pratiquement indémontables.

b) Absence de bruit. — Il est incontestable que les moteurs dentaires modernes sont absolument parfaits sous le rapport de leur marche silencieuse. Grâce à des enveloppes de protection et à un bon ajustage, le bruit est annihilé. C'est à peine si, à la vitesse maxima, un faible bourdonnement révèle la marche de l'appareil.

Si l'on dépasse la vitesse de 3.000 tours à la minute, la marche silencieuse devient impossible, à cause du déplacement d'air qui a lieu entre les bobines d'induction. Cependant, contrairement à ce qu'on se figure, le bruit de rotation n'est pas perçu du patient, et pour cause : le fraisage, le meulage, même avec un moteur absolument silencieux, produisent un ébranlement bruyant tel que, transmis par les parois osseuses au tympan, il couvre tous les autres bruits. Inutile donc de s'arrêter à cette considération.

c) Arrêt instantané. — Avec l'instrumentation actuelle, celui-ci s'obtient grâce à un ingénieux dispositif de pédale. Au moment où la pédale revient à son point mort, elle met momentanément les balais en court-circuit, laissant le moteur exclusivement en dynamo, ce qui a pour effet l'arrêt à peu près instantané.

A vrai dire, ce dispositif fut plutôt un obstacle au progrès. En effet, si l'on peut arrêter, par la production d'une aimantation contraire, une masse assez réduite tournant à 2.000 tours, cet arrêt n'est plus possible avec une masse un peu plus considérable tournant à une vitesse double ou triple ; s'il se produisait, toutes les connexions finiraient par

s'arracher et l'appareil serait rapidement mis hors d'usage.

Il s'agissait donc de trouver le moyen de débrayer d'une façon instantanée l'organe de transmission, afin de permettre au moteur de s'arrêter normalement, sans frein ni résistance quelconques.

C'est ce que nous avons obtenu.

d) Difficulté pratique d'augmenter la vitesse et la force. — Le jour où l'on découvrit la précieuse qualité de reversibilité des formes électrique et mécanique de l'énergie, permettant de transformer indifféremment les dynamos en machines génératrices ou réceptrices de courant, la question des moteurs électriques fit un grand pas. Toutefois, la vitesse des moteurs ne progressa guère, car le constructeur, routinier, se borna à la fabrication de dynamos-génératrices que l'on transformait en réceptrices. Or, les éléments du problème ne sont plus les mêmes suivant que l'on envisage la machine électrique comme dynamo-génératrice ou comme moteur.

En théorie, il serait possible, dans les petits moteurs montés en série, d'atteindre une vitesse illimitée, c'est-à-dire que, en fournissant un courant électrique de plus en plus fort, pour vaincre les résistances de l'air et des frottements, on pourrait aller progressivement jusqu'au point où les fils finiraient par s'arracher de l'induit.

En pratique, en construisant des moteurs sous-voltés, on pourrait donc augmenter la vitesse ; mais la solution idéale ne réside pas uniquement dans cet artifice. J'obtiens, quant à moi, une force plus grande et une vitesse beaucoup plus considérable en doublant les pôles de l'inducteur.

Théoriquement, cette façon de procéder devrait amener une diminution de vitesse, puisqu'on double la force des électro-aimants extérieurs. En réalité, il n'en est pas ainsi, car il en résulte, à peu de chose près, un nombre de tours double de celui réalisé avec les connexions ordinaires.

Dans les petits moteurs (ventilateurs, moteurs dentaires, etc.), qui n'ont à vaincre au démarrage que la force d'inertie et qui ne fournissent en pleine charge qu'un travail insi-

gnifiant, cette différence de tension que j'ai cherché à réaliser entre l'induit et l'inducteur constitue un régime plus normal que celui existant ; en effet, les bobines de l'induit ne sont soumises que successivement à la tension électrique et la vitesse de rotation prévient tout échauffement.

C'est pour cette raison que les moteurs construits suivant ces données peuvent tourner pendant des heures sans aucun échauffement et produire conséquemment un travail double de celui d'un moteur normal.

II. — Embrayage électro-magnétique.

Cet embrayage sert d'organe de relation entre le moteur et la partie mécanique (bras de tour) qu'il est appelé à actionner. Mais — suivant sa construction — mis en tension ou en dérivation sur le courant envoyé au moteur, il a pour effet, dès que le courant est établi, de déplacer une masse de fer doux qui assure l'embrayage du câble de transmission.

L'invention récente des électro-aimants circulaires a permis de supprimer les inconvénients des anciens électro-aimants en forme de fer à cheval [1].

Dès que le courant est coupé, l'électro-aimant circulaire cesse d'agir et débraye la fraise dont l'arrêt est absolument instantané, tandis que le moteur, qui ne reçoit plus le courant, continue encore à tourner quelques instants, en vertu de la force acquise et finit par s'arrêter sans avoir à subir de freinage ou d'arrêt électrique contraire à sa bonne conservation [2].

III. — Pédale de contact.

Elle se compose d'une forte plaque basculante manœuvrant sur un pivot central et dont l'effet est d'établir ou

---

1. Des moteurs munis de pareils aimants parurent sur le marché il y a une dizaine d'années. Leur succès fut relatif en raison de leur complication mécanique et des dérangements occasionnés par les déplacements de la plaque mobile de l'électro-aimant.

2. Un dispositif de débrayage mécanique à air comprimé indépendant du courant circulant dans le moteur fut trouvé par Cultris Wallis vers 1890.

Fig. II. — Embrayage électro-magnétique.



Fig. III. — Pédale de contact.

de faire cesser le contact, par un mouvement d'élévation ou d'abaissement du pied, le talon servant de point d'appui.

La condition essentielle du bon fonctionnement d'un dispositif de l'espèce résidant dans la possibilité de couper ou de rétablir le courant instantanément, la pédale circulaire doit être condamnée. En effet, il est certain que les mouvements de latéralité du pied se font avec beaucoup moins d'aisance et de célérité que le mouvement d'élévation et d'abaissement [1].

Débrayage et réembrayage s'exécutent avec une rapidité d'autant plus grande que l'on peut remettre la fraise en mouvement sur un moteur encore en action.

En raison de la très petite distance à parcourir (quelques millimètres) pour établir le contact, le pied parvient à faire le mouvement avec facilité.

Après une courte pratique, on peut arriver, malgré l'énorme vitesse initiale, à limiter la rotation à quelques dizaines de tours. Aucun autre dispositif ne réalise une pareille sûreté de travail — si paradoxale que paraisse cette affirmation — alors qu'il s'agit de moteurs réalisant une vitesse double ou triple de celle des moteurs actuels.

IV. — Rhéostats de réglage.

Son but est de permettre de ramener utilement à 3.500 une vitesse de 7.000 tours et d'obtenir, entre ces limites, un jeu très étendu de mouvement.

Cette facilité permet l'emploi de notre moteur pour tous les travaux de dentisterie opératoire : fraisage de cavités sensibles, préparation d'aurifications, alésage des canaux radiculaires, etc. En un mot, toutes les opérations les plus délicates de la pratique courante s'exécutent d'une façon plus précise, d'une main plus assurée et avec une aisance plus grande avec le moteur intensif et ses acessoires qu'avec le moteur ordinaire.

---

1. Au cours de mes démonstrations, j'ai pu constater la facilité avec laquelle des confrères, bien qu'accoutumés aux pédales circulaires, ont fait usage de l'interrupteur à pédale basculante.

Fig. IV. — Rhéostat de réglage.



Fig. V. — Meulettes.
Dimensions 21 mm. 18 mm. 12 mm.

B. — Technique opératoire.

Préparation pour couronnes et bridges.

Les meulettes en forme d'entonnoir ou celles à bords minces donnent les meilleurs résultats ; elles seront employées à sec.

Grâce à la rapidité de rotation on obtient, par un mouvement de va et vient, des parois parfaitement lisses, comme si elles avaient été taillées au couteau.

Il n'est nullement nécessaire de tenir à pleine main la pièce à main, ni d'exercer une pression latérale exagérée, cause d'usure anormale. La vitesse est telle que des meules ébréchées ne produisent aucune vibration.

Avant de chercher à créer une séparation entre des dents

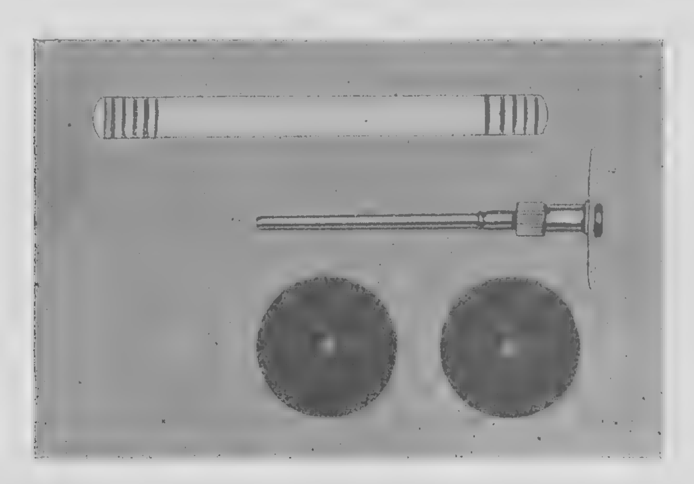


Fig. VI. — Bande à séparer. — Disques de papier d'émeri.

coincées l'une contre l'autre, il est prudent de passer au préalable à la main une bande à séparer ou une scie *ad hoc*, puis d'élargir la rainure avec un disque de papier d'émeri tenu par un mandrin de Moore ou un mandrin ordinaire.

Finir alors, après avoir bien repéré la position de la ligne séparatrice, par l'emploi des disques en cuivre chargés de poudre de carborundum. Ne pas perdre de vue que ces

disques, à la vitesse employée perdent vite leur tranchant. Avoir soin de les recharger de poudre après quelques secondes. En deux ou trois recharges, il est possible de faire une section nette, en pleine dentine en cas de besoin.

Au moyen de petites meulettes peu profondes on peut parfaire les bords et éviter ces angles brusques, si préjudiciables au bon ajustement des couronnes.

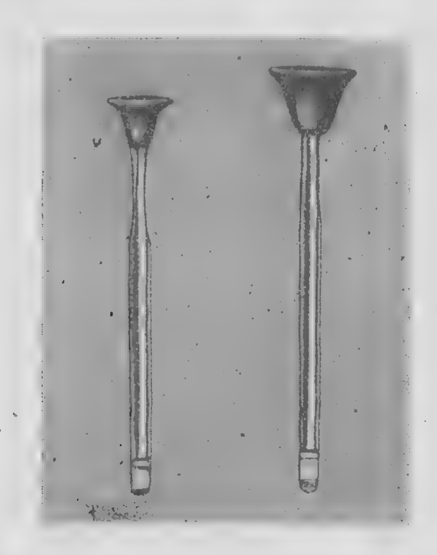


Fig. VII. — Meulettes.

Ces meulettes permettent aussi le plus facilement de donner la forme bombée aux inlays de reconstitution, soit sur les faces buccales, soit sur les faces mésiales ou distales des dents antérieures et des petites molaires.

Cette instrumentation permet, avec un peu d'habitude, de limiter entre quatre et six minutes le temps nécessaire à la préparation d'une molaire pour le placement d'une couronne.

Désobturation. — Pour éviter une action trop brusque, employer de très petits forets. Il est préférable de faire une série de petites cavités, au lieu de vouloir enlever en une fois un gros bloc profondément scellé dans une dent.

Trépanation pulpaire. — Le simple contact nécessaire

pour l'introduction d'un foret très petit supprime, pour ainsi dire, la douleur. Elle est réduite au minimum pour les dents à pulpe vivante où la pénétration est excessivement rapide.

Dans les dents dont la sensibilité est déjà atténuée, le foret étroit rend presque nulle la compression des liquides pulpaires, cause de la douleur.

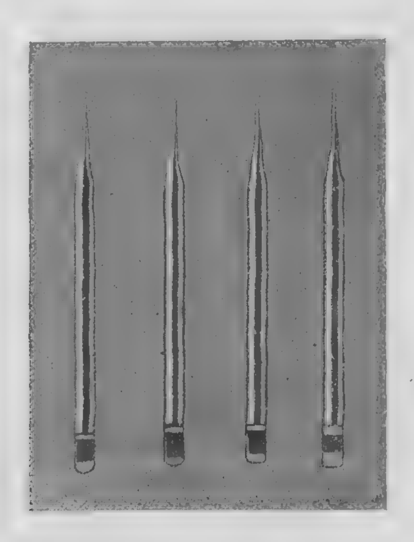


Fig. VIII. — Forets.

Fraisage des cavités. — Inutile de dire que, pour les dents dévitalisées, le fraisage peut se faire à grande vitesse, bien que ce travail n'exige pas beaucoup de rapidité.

Pour les dents vivantes, il est recommandé d'employer toute la résistance du rhéostat et de se borner à une vitesse de 3.500 tours, amplement suffisante d'ailleurs au fraisage rapide. Cette opération sera d'autant moins douloureuse que l'emploi de fraises neuves ou ayant peu servi permet l'excision de la dentine avec un minimum de pression.

*
* *

La technique de ma méthode peut se résumer comme suit : « COUPER ET NON USER ».

Débarrassé de l'obligation d'exercer une pression pour obtenir un effet utile, assuré d'obtenir l'arrêt absolument instantané sous l'influence d'un réflexe instinctif, disposant d'une force très grande qu'il peut se contenter de promener sur les points à entamer, l'opérateur voit le travail s'effectuer sans la moindre fatigue et sans la moindre tension d'esprit.

Mieux que tous les discours, ma démonstration pratique vous permettra de constater l'absence absolue d'échauffement des meules, le peu de pression à exercer sur la dent et la rapidité du travail préparatoire.

REVUE DES REVUES

L'ANCRAGE

Par H. Chapman.

Importance.

L'ancrage est la base du traitement en orthodontie, il a la même importance que les appareils.

Définition.

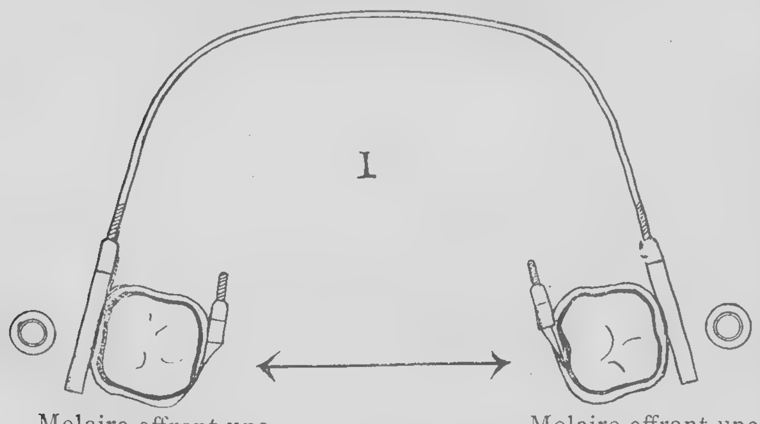
L'ancrage est un point, une zone, une dent, de l'os, du tissu mou, ou une combinaison de ceux-ci, capable d'offrir de la résistance, une force latente à employer dans le mouvement des dents.

Il y a deux facteurs dont il faut tenir compte en matière d'ancrage :

1° Une dent ou un os (ou les deux) qui fournira un point de résistance *duquel* partira la force.

2° Une dent qui fournira un point de résistance *auquel* la force sera donnée.

Fig. 1.
Arc exerçant une force de 6 sur chaque molaire.



Molaire offrant une résistance de 4. Molaire offrant une résistance de 4.
Par conséquent les deux molaires se déplacent.
Exemple d'ancrage réciproque.

Il est évident que la première résistance doit toujours être plus grande que la seconde (ancrage simple) excepté dans les cas où elle lui est à peu près égale et où les deux points de résistance se déplacent (ancrage réciproque).

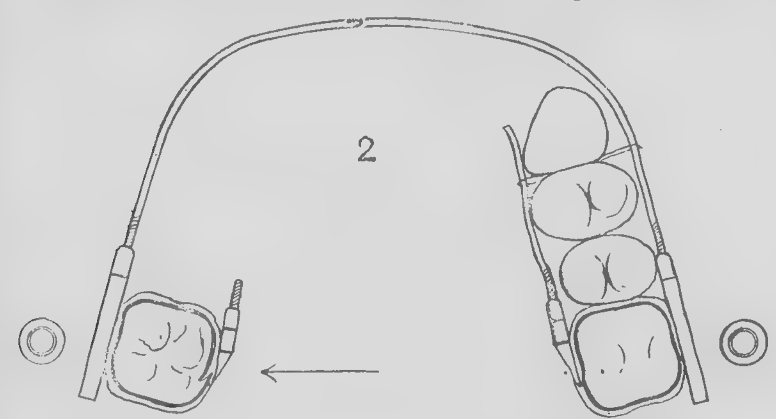
Source.

L'ancrage en orthodontie est fourni par les dents et par l'os ; la mesure dans laquelle on emploie les dents ou l'os dépend de l'emploi d'appareils fixes ou amovibles. Les premiers s'ancrent directement sur les dents et indirectement sur l'os qui supporte celles-ci (excepté dans le cas d'ancrage occipital), tandis que les seconds s'ancrent directement sur les dents et l'os.

Valeur de résistance des dents.

Chaque dent a une certaine valeur de résistance plus ou moins appréciable, par rapport aux autres dents du même maxillaire ; elle dépend des facteurs suivants :

Fig. 2.
Arc exerçant une force 6 de chaque côté ; d'un côté sur une molaire et de l'autre côté sur une molaire et deux prémolaires.



Molaire offrant une résistance de 4.

Molaire et deux prémolaires offrant une résistance combinée de 7.

L'arc exerce seulement une force de 6, par conséquent la dent du côté où la résistance n'est que de 4 sera déplacée, mais les dents de l'autre côté ne bougeront pas.

Exemple d'ancrage simple.

1. Dimensions de la dent ou de la racine.
2. Longueur et nombre des racines.
3. Position dans l'os et disposition de l'alvéole environnant.
4. Age du patient.
5. Dents adjacentes et leurs relations avec la dent considérée.
6. Direction du mouvement.
7. Occlusion.

Exemples de valeurs de résistance.

Par exemple :

1° Une latérale offrira moins de résistance qu'une prémolaire ; une centrale, moins qu'une molaire. La canine, complètement développée, a plus de résistance que toute autre dent.

2° Trois racines réunies offrent plus de résistance qu'une racine simple ou double, toutes étant de mêmes dimensions ; une longue racine, par exemple la canine supérieure, offre plus de résistance qu'une première molaire supérieure ; une molaire inférieure ne peut servir à déplacer une canine inférieure sans être déplacée elle-même.

3° Une molaire inférieure offre plus de résistance au mouvement buccal qu'une molaire supérieure, en raison de la plus grande quantité d'os sur sa surface buccale.

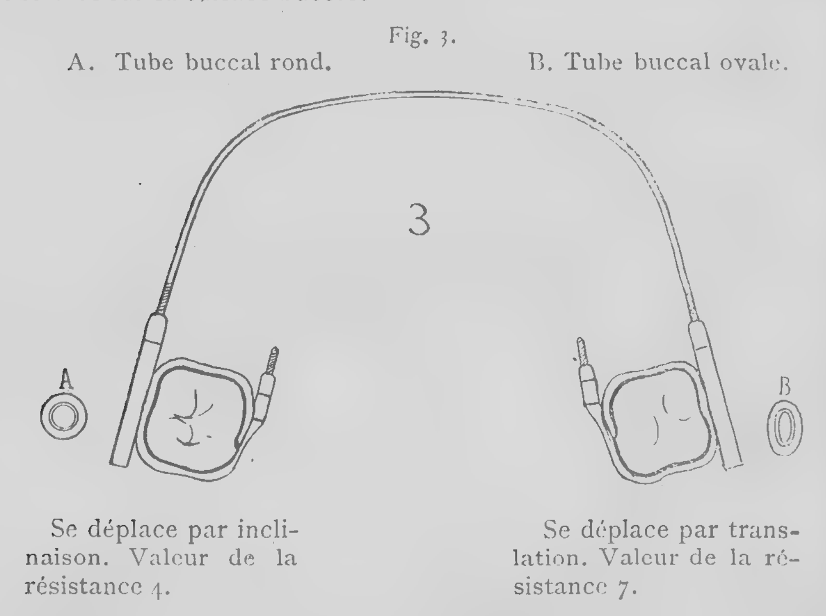


Fig. 3.

A. Tube buccal rond. B. Tube buccal ovale.

Se déplace par inclinaison. Valeur de la résistance 4.

Se déplace par translation. Valeur de la résistance 7.

4° Plus le patient est âgé, plus la résistance opposée par l'os environnant est grande. Pendant la formation de la racine, une dent offre moins de résistance proportionnellement à la longueur de la racine non calcifiée.

5° Le mouvement distal d'une 2e prémolaire exige beaucoup moins de force s'il n'y a pas de 1re molaire derrière que s'il y en a une ; une prémolaire, maintenue lingualement par le voisinage de la 1re prémolaire et de la 1re molaire (réduisant l'espace), offrira plus de résistance que si l'espace existe par lui-même.

6° Le mouvement buccal d'une incisive offre moins de résistance que le mouvement distal d'une prémolaire ; en général le mouvement

mésial est plus aisément produit que le mouvement distal. La rotation offre la plus grande résistance au mouvement.

7° Quand on doit mouvoir latéralement une latérale supérieure buccalement, elle offre plus de résistance si elle est en rapports linguaux avec les incisives inférieures qu'en rapports buccaux.

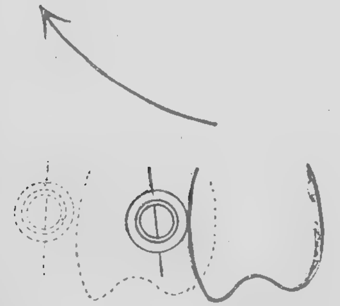
Quand des dents sont tellement irrégulières que les faces proximales des racines sont en contact ou presque en contact, la quantité d'os retenant ces dents dans le maxillaire est réduite considérablement au-dessous de la normale.

Types principaux d'ancrage.

L'ancrage peut être divisé en deux types principaux :
A, simple ; B, réciproque.

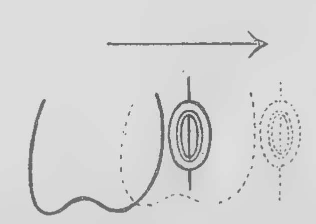
Fig. 4.

Mouvement par inclinaison.
La flèche indique la direction du mouvement.



L'effet obtenu au moyen d'un tube buccal rond est indiqué par les lignes pointillées.
La différence de rapport entre l'arc et le tube est indiquée par les lignes qui, dans les deux cas, passent par les mêmes points.

Mouvement par translation.
La flèche indique la direction du mouvement.



L'effet obtenu au moyen d'un tube buccal ovale est indiqué par les lignes pointillées.
Une différence de rapport entre l'arc et le tube est impossible. Pour que la molaire puisse se déplacer par inclinaison, il serait nécessaire que l'arc courbé exécutât un mouvement de rotation sur son axe.

A. La résistance de l'ancrage simple à la force de réaction est si supérieure à la résistance de la dent à déplacer qu'il se produit peu de mouvement de la dent ou des dents servant d'ancre (et même point du tout) (fig. 2).

B. La résistance de l'ancrage réciproque à l'action et à la réaction est moins inégale et le mouvement se produit aux deux points (fig. 1).

L'ancrage simple peut s'obtenir : 1° dans la bouche ; 2° en dehors de la bouche.

L'ancrage réciproque ne peut s'obtenir que dans la bouche.

Subdivisions finales.

TYPES D'ANCRAGE.

A. Simple.

I. Dans la bouche.

1. Très simple. } Intermaxillaire ou autre.
2. Renforcé... }
3. Stationnaire (Résistance à la translation).

II. En dehors de la bouche.

4. Occipital.

B. Réciproque.

I. Dans la bouche.

5. Très simple. } Intermaxillaire ou autre.
6. Renforcé... }

A. *Ancrage simple.* 1. *Forme très simple.* — Une dent grosse et forte, à forte résistance, s'emploie pour mouvoir une dent plus petite

Fig. 5.

Rapport lingual bucco-lingual de la molaire supérieure avec la molaire inférieure.

Rapport normal bucco-lingual de la molaire supérieure avec la molaire inférieure.

R

L

Coupes de molaires vues de face.

et plus faible, à basse résistance. La force nécessaire pour mouvoir celle-ci sera insuffisante pour mouvoir celle-là. Ainsi, si une vis était fixée, à une extrémité, à une latérale supérieure et, de l'autre, à la 1re molaire supérieure et actionnée pour séparer les dents, la latérale seule se mouvrait si les fixations aux deux dents étaient semblables.

2. *Renforcé.* — Deux ou plusieurs dents sont réunies pour donner une résistance totale accrue afin de mouvoir une ou plusieurs dents de résistance moindre (fig. 2 et 6).

Ainsi, si un arc dentaire en fil métallique est fixé aux 1res molaires permanentes ou aux 2es prémolaires, ces dents offrent une résistance suffisante pour mouvoir buccalement une ou deux incisives. Si l'on emploie les 2es prémolaires, les 1res molaires permanentes du même maxillaire seront sans doute présentes et augmenteront considérablement

la résistance des dents servant d'ancrage au mouvement distal, qui serait le sens du déplacement dans ce cas.

3. *Stationnaire.* — Comme il est exécuté d'ordinaire, le mouvement de la dent se fait par inclinaison plutôt que par le corps ou la translation, parce qu'il faut beaucoup moins de force pour le premier que pour le dernier. Si donc l'appareil est disposé de façon que le mouvement de translation seul d'une dent soit possible, la résistance de cette dent sera fortement accrue. Comme une dent ne peut jamais être absolument stationnaire, il vaut mieux appeler ce genre d'ancrage *résistance à la translation* (fig. 3).

4. *Occipital.* — L'occiput et les os du crâne associés sont les points de résistance fournissant le seul ancrage stationnaire véritable.

B. *Réciproque.* 5. *Très simple.* — Deux dents sont employées pour mouvoir les mêmes dents l'une vers l'autre, par exemple deux incisives centrales supérieures séparées, ou pour les séparer l'une de l'autre, par exemple deux molaires supérieures en les mouvant buccalement (fig. 1).

6. *Renforcé.* — Identique au précédent, sauf qu'on emploie quatre dents ou plus pour en mouvoir une autre, les unes dans un sens, les autres dans le sens inverse (fig. 6).

Force intermaxillaire. — Les n°s 1 à 6 sont considérés comme ayant le point de départ de la force dans le maxillaire où l'ancrage est fourni ; mais il est possible que l'ancrage soit dans l'un et le point de départ de la force dans l'autre. C'est alors la force intermaxillaire qui agit entre les deux maxillaires au moyen d'élastiques.

Choix des dents pour l'ancrage.

La dent ou les dents à choisir pour l'ancrage dépendent des mouvements que doit effectuer la dent. Par exemple, une centrale et une latérale assurent un ancrage suffisant pour mouvoir une autre centrale. Dans la pratique les mouvements sont nombreux de sorte qu'il faut chercher l'ancrage le plus stable ; on le trouve dans les molaires et surtout dans la 2e molaire temporaire ou la 1re molaire permanente.

On choisit ces dents en raison de :

1° Leur position, qui favorise la fixation et l'action de l'arc métallique ;

2° Leur forme, qui convient particulièrement à la fixation d'un ruban d'ancrage ;

3° La résistance relativement grande qu'elles offrent au mouvement.

2e molaire temporaire.

En entreprenant de bonne heure, comme on le fait, le traitement orthodontique on peut et on doit prendre la 2e molaire temporaire pour dent d'ancrage, parce que, si une influence funeste vient à lui nuire,

cela aura peu d'importance, puisque la dent doit tomber de bonne heure. L'inconvénient de cette dent pour l'ancrage (l'arc doit être plus court qu'avec une molaire permanente et le ressort se développe moins) est compensé par ce fait que plus le patient est jeune, moins il faut de force.

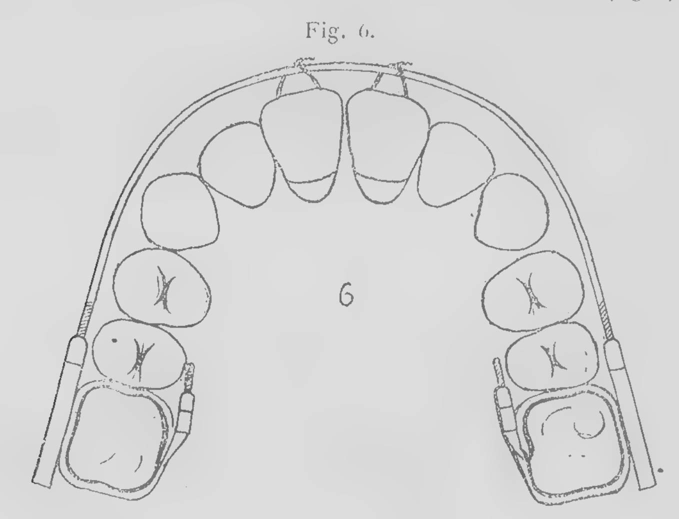
Evaluation de la résistance.

Il n'y a pas de moyen d'évaluer le degré de résistance qu'une dent offrira avant qu'elle cède à la force qui y est appliquée, c'est-à-dire avant qu'elle se meuve, quoique le praticien expérimenté en ait l'idée par des termes de comparaison qui d'ordinaire suffisent pour lui permettre de traiter les cas d'orthodontie d'une façon satisfaisante. Avant de commencer le traitement, il est bon de faire un schéma représentant la direction et la quantité de force et de résistance qui permettent de le commencer.

Utilité de connaître approximativement la résistance au mouvement.

Le mouvement le plus fréquent que l'arc d'expansion est appelé à opérer est d'ordinaire le mouvement buccal des molaires (fig. 1). L'arc

Fig. 6.



Ancrage simple des premières molaires pour déplacer les deux incisives centrales. Ancrage réciproque, la molaire et la seconde molaire de chaque côté se déplacent dans la direction buccale.

métallique est fixé à celles-ci au moyen de rubans d'ancrage et d'un ressort. Soit 6 la force exercée par ce ressort et 4 la limite de résistance des molaires au mouvement buccal ; on peut s'attendre à ce que l'arc meuve les molaires buccalement (fig. 2).

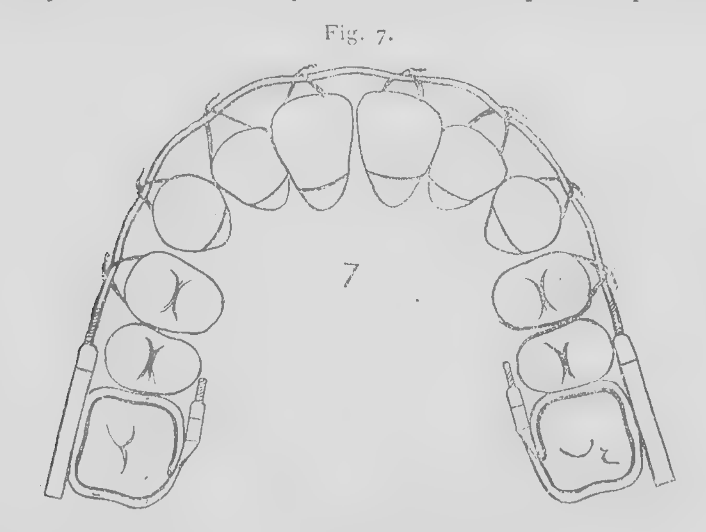
Supposons que d'un côté l'appareil soit disposé de façon que, si la molaire se meut, les deux prémolaires et peut-être la canine se meuvent; représentons leurs résistances par 2 pour la 2e prémolaire et par 1 pour la 1re, laissant de côté la canine, car plus on sera près du centre de l'arc, moins l'effet du ressort sera senti. La résistance d'un côté a été augmentée de 4 à 7 (molaire 4, 2e prémolaire 2, 1re prémolaire 1).

En modifiant légèrement l'appareil, un mouvement de dent, exemple d'un ancrage réciproque, est transformé en un mouvement exemple d'un ancrage simple.

Usage et valeur du mouvement de translation.

On peut obtenir le même résultat autrement. Puisqu'une dent qui se meut par translation offre plus de résistance que mue par inclinai-

Fig. 7.



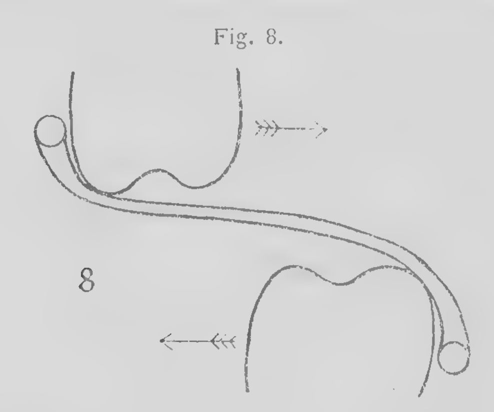
Ancrage simple des premières molaires.
Résistance d'ancrage probablement insuffisante pour les mouvements indiqués par les ligatures.

son, en supposant que le rapport de la 1re à la seconde soit de 7 à 4, si le mouvement de translation peut être assuré, la résistance du côté auquel appartient cette dent sera notablement accrue. Ce genre de mouvement s'obtient aisément dans le cas d'une molaire en employant un tube buccal ovale sur son ruban d'ancrage et un arc s'adaptant exactement à ce tube (fig. 3).

A mesure que les molaires s'étendent le rapport du tube et de l'arc peut varier à l'infini si le tube est rond, mais quand celui-ci est ovale, le rapport demeure constant. Dans le 1er cas la dent se meut par rotation autour d'un centre près de son apex ; dans le second elle se meut dans l'os (fig. 4).

Il vaut mieux combiner ces deux méthodes pour obtenir l'ancrage simple et rendre la résistance aussi stable que possible. Le cas dans lequel cet ancrage convient est celui où la molaire supérieure est en rapports linguaux avec la molaire inférieure. Si la résistance de la

Fig. 8.



Coupe transversale des secondes molaires temporaires droites vues de face.

Force intermaxillaire employée pour déplacer la molaire supérieure dans le sens lingual et faciliter ainsi le travail de l'arc dans la correction de la malocclusion.

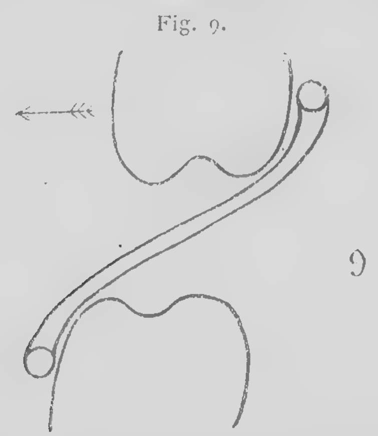
molaire en relation normale est 4 (2 de l'os et 2 de la paire de plans opposés en occlusion), celle de la molaire anormale sera 6 (2 de l'os et 4 des plans opposés), soit le double de celle de la molaire normale. La résistance totale est alors de 6 à vaincre par une résistance de 7, en ne tenant pas compte de la canine (fig. 2). On peut donc s'attendre à ce que la position de la molaire anormale soit corrigée, surtout si l'ancrage du côté normal est encore augmenté en s'arrangeant pour le mouvement de translation de la molaire. Les valeurs employées sont supposées et non réelles ; on aurait employé des signes algébriques s'ils avaient expliqué la chose aussi clairement.

On a souvent besoin de l'expansion générale de l'arc ; l'ancrage s'obtient alors à l'aide des molaires, la résistance étant mésio-distale, contrairement à la résistance bucco-linguale. Les 10 dents antérieures, dans l'expansion générale, doivent être placées dans l'arc d'un cercle plus grand. Lorsqu'on se sert de ligatures pour cela, les dents d'ancrage doivent fournir toute la résistance (fig. 7). En liant les dents à l'arc, ce dernier est tiré vers chaque dent au point où la ligature traverse l'arc. Il en résulte un bombement de l'arc dans les intervalles entre les ligatures, mais cela n'est pas visible dans la bouche. Par suite, comme chaque ligature successive est attachée, la force exercée par l'arc, en vertu de son élasticité, sur les dents déjà liées, est accrue.

Il s'ensuit que la tension sur l'ancrage est accrue et quand les 8 dents antérieures ont été ligaturées, on peut s'attendre à ce que la résistance des dents d'ancrage ne suffise pas pour empêcher celles-ci de se mouvoir distalement par inclinaison ou en pointant (fig. 10).

On peut empêcher cela par un des moyens ci-après :

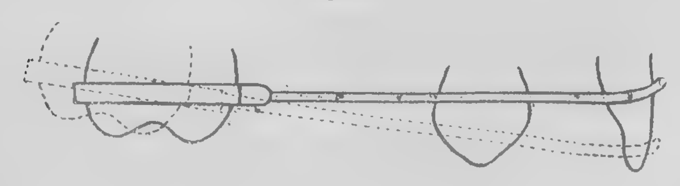
Fig. 9.



Manière d'appliquer la force intermaxillaire dans le traitement du premier cas décrit. Coupe transversale du côté droit vu de face.

1° En faisant seulement les mouvements de dent pour lesquels l'ancrage suffit. Mouvoir seulement quelques dents à la fois (fig. 6), 2 centrales ou 2 latérales en plus, et quand elles sont dans la bonne position en contact avec l'arc (ce qui empêchera le ressort de se développer dans l'arc en ces points), ligaturer successivement les canines et les prémolaires.

Fig. 10.



L'arc employé généralement déplace la molaire dans le sens distal par inclinaison (comme le montrent les lignes pointillées) quand l'ancrage est insuffisant. L'arc se rapproche du bord tranchant des dents antérieures.

2° En augmentant l'ancrage, par un des procédés suivants :

A. En disposant les appareils de façon que, seul, le mouvement de translation mésio-distal se produise.

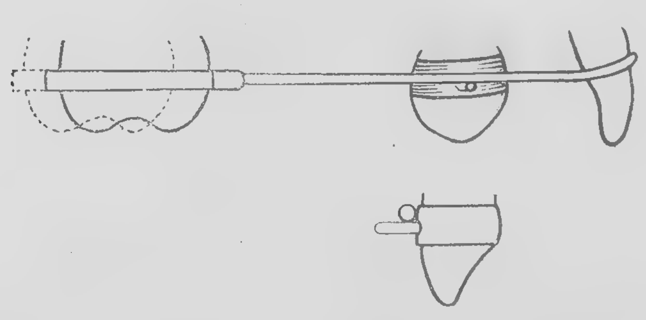
Cela s'obtient en ajoutant un accessoire aux appareils habituels

dans la région des canines, pour maintenir l'arc dans la position horizontale (fig. 11).

B. Par la force intermaxillaire.

Il faut résister à la tendance de la molaire d'ancrage à se déplacer distalement au moyen d'un ruban de caoutchouc passant de l'extrémité distale du tube buccal sur le ruban d'ancrage à un point de l'arc métallique inférieur dans la région canine. La force développée par


Fig. 11.



Arc disposé pour prévenir le déplacement distal de la molaire par inclinaison.

Si la molaire se déplace, ce ne peut être que par translation dans le sens distal (à moins que la canine ne s'allonge dans son alvéole par suite de la force exercée par l'arc).

ce ruban peut varier dans une large mesure. Avoir égard à l'effet de ce ruban sur les dents du maxillaire opposé.

La question de l'ancrage est souvent négligée et il survient alors des incidents inattendus ; ces incidents doivent être traités sur le champ, sinon l'erreur s'établit et s'accentue graduellement.

Voici un cas. J'avais congédié au moment des vacances un patient portant des arcs métalliques fixés comme d'habitude. Quand il revint, plusieurs mois après, l'arcade supérieure s'était agrandie considérablement, tandis que l'inférieure était restée la même, de sorte que la relation occlusale entre les dents du haut et celles du bas était fortement troublée et était plus difficile à corriger que l'irrégularité première. La force intermaxillaire appliquée du côté droit seulement, parce que la mal-relation y était le plus prononcée, sauva la situation : un ruban de caoutchouc fut fixé au tube buccal de la molaire du haut et amené de là au fil métallique lingual du ruban à clamps sur la molaire inférieure (fig. 8). La molaire supérieure fut tirée lingualement (c'est-à-dire la force exercée par l'arc supérieur dans un sens buccal fut réduite), et la molaire inférieure buccalement (ancrage réciproque), mouvement qui fut aidé par le ressort de l'arc métallique inférieur. En deux mois le résultat fut très satisfaisant.

Dans un traitement de ce genre l'expansion doit être la même dans les deux mâchoires (peut-être légèrement plus grande en haut). Les chiffres ci-après indiquent que l'arcade dentaire supérieure s'élargit plus que l'inférieure.

23 mars 1911. Largeur dans la région de la 2e mol. sup. temp.	38.5
— — — inf. —	32.6
Différence quand la relation bucco-linguale est normale...	5.9
23 octobre 1912. 1re largeur........................	44.5
2e largeur..........................	35.8
Différence quand la relation bucco-linguale est normale...	8.7

Les dents du haut se sont étendues de 2 mm. 8 de plus que celles du bas, ce qui montre la mal-relation.

3 janvier 1913. 1re largeur..........................	46.4
2e largeur..........................	42.0
Différence revenue à peu près normale.................	4.4

Cela montre que l'expansion de l'arcade a été ralentie un peu trop. Cette expansion inégale n'aurait pas pu être traitée d'une manière plus satisfaisante, la force intermaxillaire était réciproque, agissant sur les dents supérieures et inférieures en sens divers.

23 mars 1911. Largeur dans la région molaire sup........	38.5
— — — inf........	32.6
Différence quand la relation bucco-linguale est normale...	5.9
23 octobre 1912. 1re largeur..........................	44.5
2e largeur..........................	35.8
Différence quand la relation bucco-linguale est anormale..	8.7
2 janvier 1913. 1re largeur..........................	46.4
2e largeur..........................	42.0
Différence revenue à peu près normale.................	4.4

Ces exemples montrent l'effet d'un ancrage efficace dans le traitement et, si l'on n'obtient pas tout ce qu'on désire, il y a des moyens satisfaisants de traiter avec des résultats inattendus même en suspendant le traitement. Ces moyens doivent faire l'objet d'une réflexion sérieuse quant à leur effet total et n'être employés que quand on a constaté qu'ils donneront un utile mouvement des dents.

(*Dent. Record*, mars 1913.)

POURQUOI LES ARABES SE NETTOIENT-ILS AUSSI FRÉQUEMMENT LA BOUCHE ET LES DENTS ?

D'après leur religion, les musulmans doivent, avant de faire leur prière, se livrer à des ablutions sur tout le corps pour le purifier.

Or, les soins de la bouche font partie des ablutions.

La tradition raconte que le Prophète se nettoyait la bouche après les repas avec un bâton de bois de réglisse préalablement mastiqué, de telle sorte que l'une des extrémités constituée uniquement par les fibres du bois formait une sorte de pinceau et servait de brosse à dents.

Si, au moment de faire ses ablutions, l'Arabe ne dispose pas des substances qui lui servent habituellement à se nettoyer les dents, il se rince simplement la bouche, et si même il manque d'eau, il se borne à simuler l'ablution.

Voici d'ailleurs les préceptes d'hygiène arabes, tirés du philosophe Sidi Khalil (mort en 767 de l'hégire). « Il faut, par exemple, que chaque vendredi l'homme accomplisse les dix choses révélées à notre Seigneur Ibrahim, ou quelques-unes du moins, s'il ne peut les accomplir toutes.

Ces dix prescriptions sont :

1° Subir la circoncision ;
2° Faire la grande ablution pour l'homme ;
3° Faire la grande ablution pour la femme ;
4° Faire usage du koheul pour les yeux ;
5° Faire usage du henné pour la peau ;
6° *Faire usage du souak pour la bouche ;*
7° Se couper les ongles ;
8° Se raser les parties que la nature a voilées ;
9° S'arracher les poils des aisselles ;
10° Se couper les moustaches à la hauteur de la lèvre supérieure.

Comment s'emploie le souak. L'elloubane. — Le souak est, comme nous l'avons dit, employé par les Arabes pour les soins de la bouche, mais ce sont surtout les femmes arabes qui aiment à faire usage de cette drogue dans un but de coquetterie.

Voici comment procède la femme arabe : elle prend un fragment d'écorce de 3 à 4 centim. de long sur 1 centim. de large environ, elle mâche cette substance pendant une demi-heure, après quoi elle s'en sert pour se frotter les dents et les gencives.

Sous l'action de ce produit, les dents deviennent très blanches, les gencives et les lèvres prennent une belle couleur rouge.

Certaines femmes arabes, pour se parfumer l'haleine et compléter ce nettoyage de la bouche, mastiquent pendant une partie de la journée, une gomme résine que l'on désigne en Tunisie sous le nom d'*elloubane*.

Cette gomme résine, dont nous avons reçu des échantillons, n'est pas autre chose que l'*oliban*.

Pays où l'on fait usage du souak. — Ce produit est employé en Tunisie, en Algérie, au Maroc, dans la Tripolitaine, l'Egypte, l'Ethiopie, l'Asie Mineure et l'Arabie.

Dans tous ces pays, le souak est l'objet d'un commerce important, son prix varie de 3 à 8 francs le kilo. Ce sont surtout les Arabes qui en font usage, mais les autres peuples vivant en contact avec ces derniers, ayant appris à en apprécier les avantages, s'en servent également.

Dans tout l'Orient c'est le betel qui est usité, mais surtout à titre de masticatoire. C'est un produit complexe dont l'élément principal est la feuille d'une plante grimpante de la famille des pipéracées, mêlée à de la chaux et de la noix d'arec. Cette substance a une véritable action physiologique dont l'Oriental ne peut plus se passer sous peine de tomber dans la cachexie.

Mais chez les Sénégalais on utilise le *sotiou*, véritable brosse à dents naturelle.

Cette brosse ou « sotiou » n'est autre chose qu'un petit tronçon de branche ou de racine, fourni par certains arbres ou arbustes du pays (la longueur ordinaire est de 10 à 15 centim., la grosseur est celle d'un crayon). Pour faire un « sotiou », on enlève l'écorce sur une partie de la longueur du tronçon et l'on mâchonne l'extrémité ainsi bien nettoyée, de façon à avoir une sorte de pinceau à poils très courts (2 centim. environ), mais très raides, avec lesquels on se frotte vigoureusement les dents, de droite à gauche et de haut en bas.

Le nombre des arbres ou arbustes pouvant servir à faire des « sotious » est considérable.

Cependant, il n'y a qu'un certain nombre d'essences donnant des « sotious » d'usage courant. Ce sont celles dont le bois, tout en étant fibreux (jeunes branches), n'a pas de mauvais goût (goût neutre) ou bien a un goût agréable (higener sucre) ; parfumé ou un peu amer (goût de kola).

Mais un grand nombre d'arbres le fournissent, ils appartiennent en grand nombre à la famille des légumineuses : ce sont des acacias, des tamarins, etc...

L'usage de cette brosse à dents préliminaire, le « sotiou », est, en somme, répandu dans toute la région de l'Afrique centrale, depuis la Côte occidentale : Sénégal, Guinée, Côte d'Ivoire, Niger, Cameroun, Congo, jusqu'en Ethiopie.

A la liste déjà longue des plantes énumérées précédemment, pour le Sénégal seulement, on pourrait en ajouter sans doute un grand nombre d'autres, pour chacun des pays, que nous venons de mentionner.

Les Malgaches prennent grand soin de leurs dents et utilisent une poudre dentifrice faite avec du riz, qui est calciné et pilé. Ils utilisent enfin simplement du sable ou du charbon.

Les nègres des Antilles se servent également pour l'entretien de leur dentition de branchettes ou de racines de certaines plantes. En somme, cette revue rapide de certaines coutumes de peuples encore sauvages ou à demi civilisés amène à considérer que presque tous prennent le plus grand soin de leur denture, et que la propreté de la bouche et des dents paraît instinctive chez ces peuples primitifs.

On pourrait ajouter qu'il est fâcheux qu'il n'en soit pas toujours ainsi chez les civilisés.

(*Journal dentaire belge*, novembre 1912.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

Par René Jaccard,

Médecin-dentiste (Genève).

La Société odontologique suisse a tenu à Genève sa XXVIIIe assemblée générale annuelle les 23, 24 et 25 mai 1913. M. Louis Chauvet, président de la ville de Genève, nous fit l'honneur de présider ce Congrès.

Le 23 mai, M. Paul Guye (Genève) ouvrait la séance administrative. Contentons-nous de citer brièvement les différents articles de l'ordre du jour :

1° *Le procès-verbal* de la dernière assemblée a été adopté ;

2° *Rapport présidentiel.* Les faits de la vie intérieure de la Société ont été peu nombreux et le rapport est bref. Le fait saillant qui intéresse notre profession en Suisse est l'adoption du nouveau règlement fédéral des examens. Il ne s'est pas, cette année, produit de changement dans la liste des membres, qui comprend 184 membres honoraires, actifs et associés. Le rapport constate que ce chiffre, comparé à celui des dentistes pratiquant en Suisse, est beaucoup trop faible et qu'il est nécessaire que chaque membre fasse une active propagande pour amener le plus possible de jeunes confrères à faire partie de la Société. Une proposition de la Société odontologique vaudoise de faire en 1914 une exposition collective de l'art dentaire à l'Exposition nationale suisse de Berne n'a pas pu être prise en considération ; mais il est recommandé aux écoles dentaires et aux cliniques publiques, mieux outillées pour cela que les simples praticiens, de présenter au public des tableaux statistiques des fréquences de la carie, des rapports sur leur action, et de chercher à intéresser le plus possible les visiteurs de notre exposition nationale à la question de l'hygiène dentaire.

Le rapport signale les faits qui se sont passés dans les cantons et qui sont de nature à intéresser notre profession et annonce la création d'une nouvelle société dans le canton de Tessin, sous la présidence de M. Vinzeler ;

3° *Les rapports* du trésorier, de l'administrateur et des vérificateurs, ont été adoptés ;

4° 12 *nouveaux confrères* ont été reçus à l'unanimité ;

5° *Le comité* a été réélu : président, M. *Paul Guye* (Genève), vice-président, prof. *Stoppany* (Zurich), trésorier M. *Witzig* (Bâle), secrétaires, MM. *Wirth* (Berne) et *René Jaccard* (Genève); assesseurs, MM. *Brodtbeck* (Frauenfeld) et *Matthey* (Neuchâtel). MM. Monnet et Lichtenberger ont été réélus comme vérificateurs des comptes ;

6° *Service des assurances des Sociétaires* ; rapporteur M. Eug. Muller, de Zurich ;

7° M. Eug. Muller rapporte aussi sur un projet d'*assurance collective* contre la *responsabilité professionnelle* ;

8° Rapport et discussion sur les *caisses fédérales* d'assurance-maladie. *Participation des dentistes* au traitement des assurés (proposition Eltner) ;

9° Rapport de la Commission chargée du projet Montigel (questions de déontologie) ;

10° Proposition du comité : exclusion d'un membre pour violation de l'article 11 des statuts (réclame) ;

11° Sur la proposition de M. Bollmann, la 29e assemblée annuelle aura lieu en 1914 à *Interlaken* ;

12° Diverses questions d'ordre intérieur sont encore discutées à l'article des propositions individuelles.

La séance est levée à 7 h.

A 8 h. 1/2 les congressistes se réunissaient au Cercle de l'Espérance où la représentation du *Devin du village* et d'autres productions musicales récréèrent les membres de la société.

Le samedi 24 mai au Palais Eynard, M. le président Chauvet ouvrait la partie scientifique du Congrès en prononçant une allocution très applaudie. Vous avez demandé, a-t-il dit, à un représentant de la ville de Genève de présider votre séance d'ouverture, je vous adresse les remerciements du conseil administratif et les miens. C'est pour les autorités municipales un privilège de saluer dans notre ville les réunions savantes qui, chaque année, nous honorent de leur présence, et nous sommes heureux que Genève ait été choisie cette fois-ci pour l'assemblée générale de la Société odontologique. M. Chauvet parle ensuite de l'art dentaire comme patient. Il rappelle que, cet automne, a été ouvert un concours pour mécaniciens-dentistes. Il termine son discours en souhaitant la bienvenue aux congressistes et fait des vœux pour la réussite du Congrès.

M. Paul Guye (Genève), président de la Société, exprime sa profonde reconnaissance et salue les congressistes.

I. — Les indications de la radiographie dentaire, par M. J. Curchod (Genève).

Les rayons X découverts en 1895 par Roentgen sont doués de la propriété toute particulière de traverser les corps opaques à la lumière ; leur action est analogue à celle des rayons lumineux qui réduisent le bromure d'argent sur la plaque photographique. Il est donc possible de prendre des clichés radiographiques suivant les procédés photographiques ordinaires, à cette différence près que l'agent actif est représenté par les rayons cathodiques ; la région à radiographier doit se trouver entre l'ampoule de Crookes et la pellicule à impressionner. Les progrès considérables réalisés dans la technique radiographique ont permis d'utiliser la radiographie dans tous les cas où les données anatomiques ne permettaient pas un diagnostic précis. Ces cas sont nombreux ; nous ne mentionnerons que ceux qui relèvent du domaine dentaire. En premier lieu une des manifestations morbides les plus fréquentes du système masticateur : l'arthrite chronique alvéolo-dentaire. Dans les cas de bec-de-lièvre, la radiographie permettra de noter exactement le degré d'écartement des bords de la fissure alvéolo-palatine, et l'étude de l'évolution anormale du système dentaire, grâce aux rayons X, deviendra plus facile. L'épreuve aux rayons X a une importance considérable dans les cas d'orthodontie. Dans les cas de pyorrhée alvéolaire il y a possibilité de reconnaître l'état d'atrophie de l'alvéole, sa radiographie est aussi utile dans les cas où l'on présume un corps étranger dans la chambre pulpaire. De même, pour le diagnostic des kystes des mâchoires, de gommes et de tumeurs. Cependant pour certaines lésions, telles que abcès apicaux et néoplasies radiculo-dentaires, la pratique ne pourra pas toujours se baser sur des clichés radiographiques. Néanmoins, les rayons X ne doivent plus être considérés comme un moyen d'investigation de luxe et sont d'un grand secours en médecine générale et en art dentaire.

Discussion.

M. Fitting (Lausanne). — La radiographie est un moyen de diagnostic très précieux. Je m'associe aux paroles de M. Curchod et je puis encore relever la valeur de l'examen radiologique en citant deux cas de ma pratique : 1° une incisive centrale, après un traumatisme, est douloureuse et légèrement ébranlée. Avant d'enlever la pulpe comme le cas l'indique, une radiographie est prise et montre une fracture transversale dans le tiers supérieur de la racine ; vu le cas, la dent doit être enlevée ; 2° une dent à pivot posée depuis 10 ans provoque une suppuration dans la région de

l'apex. La couronne de porcelaine paraît bien faite et solide, il semble que la résection de l'apex est indiquée. Auparavant, on pratique une radiographie qui fait constater que le pivot est placé dans un canal artificiel et que la pointe est dans l'alvéole. La résection apicale eût été inutile.

M. Guye présente quelques observations très justes et remercie M. Curchod.

II. — La bactériologie dentaire, par M Ad. Brodtbeck (Frauenfeld).

Notre confrère a fait de nombreuses expériences bactériologiques sur la flore buccale. Les cultures qu'il présente *in vitro* témoignent d'une somme considérable de travail.

Après discussion entre MM. Rotlinger et Brodtbeck, M. Stoppany remercie vivement le conférencier.

III. — Nouvelle réaction produisant de l'oxygène et de l'ozone pour le traitement des dents sans pulpe et le reblanchiment immédiat, par M. le prof. Métral.

Cette méthode est basée sur le fait que le permanganate de potasse agissant sur le nouveau produit de Merck (perhydrite) dégage une forte quantité d'oxygène. Ce travail, de même que le précédent, ne nous est pas parvenu à temps pour en donner un plus ample compte rendu.

Discussion.

M. Bardet (Genève) a employé le procédé de M. Métral, et constaté que la désinfection est très rapide. La désodorisation est instantanée. Il a pu obtenir le blanchiment immédiat d'une dent colorée par l'application d'un caustique.

M. Pfaeffli. — J'ai employé le même traitement avec succès, sauf dans le premier cas où je l'utilisai. J'en attribue l'échec à une fausse manœuvre opératoire. En effet l'arthrite aiguë consécutive était d'origine chimique. L'apex avait été obturé par une parcelle de perhydrite non décomposée par le permanganate, insuffisamment introduit dans le canal. Après l'obturation temporaire il se produisit un dégagement d'oxygène qui, s'échappant par le foramen, donna lieu à la poussée d'arthrite aïguë.

IV. — Pseudo-sarcomes inflammatoires et vaccins d'origine humaine, par le prof. Rob. Odier, directeur de l'Institut cancéreux.

Un grand nombre de tumeurs, rangées jusqu'ici sous le nom de sarcomes, doivent être rangées dans le cadre des pseudo-sarcomes

inflammatoires. Ces néoplasmes peuvent récidiver sur place et donner lieu à des pseudo-métastases. Ils sont causés par une irritation modérée et prolongée, tels que corps étrangers, parasites ou virus.

Si l'origine est un corps étranger ou de gros parasites, on peut guérir le malade en extirpant la cause au bistouri. Si au contraire la cause est d'ordre chimique, particulièrement de l'ordre des toxines microbiennes, la chirurgie seule est impuissante et même dangereuse. Dans ce cas il faut procéder à la vaccination du patient par l'injection de sa tumeur broyée après extirpation et sensibilisée dans son propre sérum. Le principe de la sensibilisation des virus et des cellules dans le sérum humain est un principe d'ordre général, dont l'application, à l'étude encore, semble pouvoir se faire pour la plupart des maladies infecteuses, aiguës, subaiguës ou chroniques. Il faut provoquer une leucocytose parallèle par l'injection d'or, de vanadium, de cuivre colloïdaux ou de nucléinate de soude.

Discussion.

M. le prof. Juillard. — La question des pseudo-sarcomes inflammatoires est très importante en pathologie buccale et il est nécessaire que le dentiste la connaisse à fond pour éviter des erreurs de diagnostic. J'ai vu un cas de tumeur maligne du maxillaire supérieur, à marche progressive, qui avait détruit la totalité du maxillaire et envahi les fosses nasales et le pharynx. Le point de départ de ce néoplasme était la gencive au niveau de dents cariées. En diagnostiquant un sarcome et après résection du maxillaire, ce diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique. La tumeur récidiva dans la plaie, puis, sans raison apparente, elle disparut spontanément et le sujet est resté guéri jusqu'à sa mort, soit pendant 6 ans. Il s'agissait évidemment d'un pseudo-sarcome inflammatoire, cas assez fréquent dans la bouche.

Cette conférence est accompagnée de nombreux clichés projetés à l'appareil automatique Atlas.

M. Guye remercie MM. Odier et Juillard.

V. — Lupus de la gencive, par le prof. Ch. Juillard.

M. le prof. Juillard présente une malade âgée de vingt-cinq ans. Son état général est excellent. « Elle porte de nombreuses caries dentaires ; en outre, au-devant des incisives supérieures centrale et latérale droite, on constatait sur la gencive correspondante une inflammation particulière, caractérisée par des granulations irrégulières, jaunâtres, rougeâtres, s'étendant sur un espace grand comme une pièce de 20 centimes ; des deux dents situées au-dessous il ne restait que les racines recouvertes d'un enduit blanchâtre, muco-

purulent. Il s'agissait d'une chaîne enflammée se dirigeant vers le ganglion génien : j'ai d'abord pensé à un cas de périodontite granulante de Partsch. La radiographie du maxillaire montrait que le rebord alvéolaire était désagrégé. La malade fut soumise au traitement des rayons X, ce qui diminua l'étendue des granulations. Malgré huit séances, la lésion ne disparut pas tout à fait. Après un examen plus approfondi on porta le diagnostic de lupus. La malade se fit opérer, je lui ai pratiqué le curettage de la gencive, et la ponction des ganglions qui s'étaient ramollis. La cautérisation de la région suivit le curettage et la malade guérit. L'examen microscopique du pus et des granulations démontra bien qu'il s'agissait de tuberculose. Dans la suite, la malade présenta des phénomènes du côté du nez ; après traitement elle est momentanément guérie de ce côté. Plus tard elle fut atteinte d'érysipèle de la face. Cette affection eut la plus heureuse influence sur l'évolution des ganglions malades qui suppurèrent abondamment, puis tout rentra dans l'ordre. On connaît bien l'action favorable du streptocoque de l'érysipèle sur le cancer et même sur le lupus, mais cette action paraissait cependant redoutée sur des ganglions déjà atteints par le bacille de Koch. »

Le président remercie vivement le conférencier et la malade.

VI. — Perméabilité des dents, par M. le prof. Bardet (Genève).

Les défauts de calcification et les traumatismes brusques et thermiques peuvent détruire l'homogénéité de l'émail. Ces diverses causes congénitales ou acquises provoquent une véritable perméabilité de la couronne et permettent aux microorganismes un développement favorable dans les espaces interglobulaires. Ainsi peuvent s'expliquer les pulpites dans un système dentaire en apparence sain. L'infection pulpaire par voies internes est beaucoup plus rare. L'insertion des fibres ligamentaires au cément dentaire forme généralement une barrière aux organismes de la cavité buccale. Cependant il peut y avoir solution de continuité entre le revêtement protecteur et le cément, d'où exposition de la dentine sur une petite étendue. D'autre part la destruction des attaches au rebord gingival expose le cément aux fluides de la bouche, il y aura communication de la pulpe et de la surface de la racine par les prolongements des cellules du cément. Ces différentes causes peuvent produire une véritable perméabilité des tissus dentaires, qui ont également une influence sur une dent morte obturée et traitée ; des éléments infectieux pourront envahir des canaux dont l'obturation est imparfaite, surtout près du collet,

c'est-à-dire dans le voisinage immédiat de l'ouverture camérale des canaux.

Le président remercie le conférencier de son intéressant travail.

VII. — L'ESTHÉTIQUE FACIALE DANS SES RAPPORTS AVEC LE MAXILLAIRE, PAR M. JACCARD (GENÈVE).

M. Jaccard présente une soixantaine de clichés relatifs à cette question.

La séance est levée à midi 1/4.

A 3 heures les congressistes se rendaient au château de Coppet, ancienne résidence de Mme de Staël. Cette promenade sur le Léman fut des plus réussies.

A 7 heures, banquet à l'Hôtel Bellevue, où de chaleureux discours furent prononcés. A 9 heures soirée au Kursaal.

VIII. — DÉMONSTRATIONS, PAR M. EUG. MULLER (ZURICH).

1. *Eclairage de la cavité buccale.*

Notre confrère a cherché à résoudre le problème de l'éclairage intérieur de la cavité buccale; il présente deux dispositifs : utilisant dans l'un le principe employé dans certaines succions à ventouse, il fixe au centre d'un disque de caoutchouc mou collé au fond de la voûte palatine une minuscule lampe à filaments métalliques qui éclaire parfaitement les dents du bas. Pour les dents du haut la petite lampe est attachée à un clamp fixé sur une dent du bas. Dans les deux dispositifs un petit écran protège les yeux de l'opérateur contre la lumière. La chaleur développée est nulle.

2. *Préparation dans la bouche des modèles de cire pour inlays.*

M. Müller utilise des pointes spéciales de thermocautère. Vu la basse température nécessaire, il n'est pas besoin de pointe en platine. Par ce procédé notre confrère affirme travailler avec facilité et économie de temps.

IX. — RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR LA PULPE ET LE PÉRIOSTE A LA SUITE D'OPÉRATIONS DENTAIRES, D'APPLICATION D'ACIDE ARSÉNIEUX, D'INSUCCÈS OPÉRATOIRES TELS QUE BRIS DE TIRE-NERFS DANS L'ORIFICE APICAL, PERFORATION DU PLANCHER DE LA CHAMBRE PULPAIRE, CAUTÉRISATION DU PÉRIOSTE, ETC., PAR M. LE PROF. RÖMER (STRASBOURG).

Ce travail, dont nous publierons ultérieurement un résumé, est illustré d'intéressantes projections.

M. le prof. Stoppany et M. Guye remercient vivement M. le prof. Römer.

X. — *a*) Simplification dans l'enregistrement de la trajectoire condylienne et dans le montage des dentiers ; *b*) Présentation d'un nouvel articulateur anatomique, par M. O. Amoedo (Paris).

M. Amoëdo étudie les rapports des plans masticatoires des maxillaires supérieur et inférieur. Il croit préférable de renoncer à s'occuper de la courbe de compensation de Spée. La trajectoire condylienne se différencie avec l'âge et la perte des dents (parfois 35° d'écart). Pour faire un appareil parfait il faut des appareils pouvant s'adapter à ces conditions variables. M. Amoëdo rappelle les procédés employés jusqu'à ce jour : la méthode de Gysi a donné les meilleurs résultats. Bien qu'étant parfait, cet articulateur a été peu employé. Aussi M. Amoëdo a-t-il jugé bon de le simplifier pour prendre l'articulation et les trajectoires condyliennes. *Technique* : Il s'agit d'abord de prendre l'occlusion, c'est-à-dire le point de vue statique, car le mot articulation suppose une dynamique. Pour avoir la hauteur de la cire, il emploie le compas de Tarpitz. Pour obtenir le plan d'occlusion il fait mordre en projection antérieure afin de faire sortir le condyle de la cavité glénoïde, puis il met en place l'articulation de cire obtenue dans le nouvel articulateur Amoëdo qu'il décrit. Différents schémas représentent les causes de la mauvaise articulation due à l'inclinaison condylienne défectueuse. M. Amoëdo présente quelques pièces montées sur son articulateur et un chapelet de cires d'articulation prouvant l'excellence de la méthode. Il termine son très intéressant travail en parlant de l'articulateur Eltner.

Vu le peu de temps dont nous disposons encore il est décidé de supprimer les discussions afin de laisser le temps aux conférenciers de présenter leurs travaux.

XI. — Chronologie de la dentition temporaire, par M. A. Pont (Lyon).

M. Pont, en son nom et au nom de M. Trillat, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, donne une chronologie de la dentition temporaire qui a le mérite d'être simple, facile à retenir, logique et vraie.

M. Pont indiquait depuis longtemps cette chronologie, sans toutefois l'avoir contrôlée cliniquement. Depuis lors, en collaboration avec M. Trillat, cette chronologie a été vérifiée cliniquement. L'examen de plus de 1.000 enfants a montré la grande exactitude dans la majorité des cas. Cette chronologie est basée sur cette idée que les dents, comme les ongles et les poils, évoluent d'une

façon régulière. En conséquence, tous les deux mois un groupe de dents doit apparaître chez l'enfant : les incisives centrales inférieures se montrent à 8 mois ; puis, dans l'ordre indiqué par les auteurs classiques, de 2 mois en 2 mois apparaissent les dents suivantes :

Incisives	centrales	inférieures.......	8	mois
—	—	supérieures......	10	—
Incisives	latérales	inférieures.......	12	—
—	—	supérieures......	14	—
Première	molaire	inférieure.........	16	—
—	—	supérieure........	18	—
Canines	inférieures	....	20	—
—	supérieures	....	22	—
2e	molaire	supérieure	24	—
2e	—	inférieure..................	26	—

XII. — PRÉSENTATION CLINIQUE DE CAS CHIRURGICAUX, PAR M. LE PROF. CH. GIRARD.

Cette présentation de cas chirurgicaux, spécialement de ceux où la chirurgie et l'art dentaire peuvent s'aider utilement par la staphylorraphie, se fait dans le nouvel amphithéâtre de chirurgie général de l'Hôpital cantonal. Tous les praticiens ne sont pas encore arrivés à se mettre d'accord. Les succès dus aux obturateurs sont certains. Il y a peu d'années encore, de nombreux médecins s'opposaient à la rhinoplastie. Pourtant, grâce à ce procédé chirurgical, la phonation peut aussi devenir parfaite ; les cours de diction sont très indiqués dans les cas opérés.

La méthode de Brophy eut un certain succès : elle consistait à rapprocher les deux parties du maxillaire afin de diminuer l'espace vélo-palatin ; cette méthode présente différents inconvénients. M. Girard a dû dans un cas semblable, vu la très mauvaise articulation, élargir le palais afin de rétablir une articulation normale. Une autre méthode nouvelle est celle de M. le prof. Laham, de Londres : décollement de toute la muqueuse, qui est retournée et recousue dans la ligne médiane ; cette méthode a des imperfections.

M. le prof. Girard emploie la méthode de Langenbeck avec quelques petites modifications. Dans cette méthode le léger cordon cicatriciel peut être enlevé plus tard d'un petit coup de ciseau.

20 à 30 0/0 des cas ne donnent pas de résultat vu le manque de tissus et de lambeaux. Mais, si la fissure est étroite, la rhinoplastie réussit à coup sûr.

La staphylorraphie est la méthode de choix (thèse de M. le prof. Stoppany). Il faut donc l'employer dans tous les cas possibles et

c'est la majorité. Dans certains cas, cependant, il faut avoir recours au dentiste : lorsque les lambeaux ne sont pas assez grands, la collaboration des opérations sanglantes et des appareils donne d'excellents résultats. M. Girard a fait plus de 100 rhinoplasties. Certains chirurgiens sont d'accord pour opérer de 7 à 10 ans. M. Girard préconise l'opération le plus tôt possible, c'est-à-dire à partir d'un an, mais surtout depuis le moment où l'enfant apprend à parler, afin que l'éducation de la prononciation ne soit pas à refaire, car il resterait 6 à 7 ans des traces de mauvaise prononciation. Sur 81 cas opérés un chirurgien anglais n'a eu aucun décès. M. Girard sur 41 cas a eu une seule mort à déplorer.

Présentation de cas opérés.

1° *Fissure bilatérale de la lèvre supérieure.* — La lèvre supérieure est restée un peu courte après l'opération. Mais quand la petite malade, dont l'aspect esthétique est très satisfaisant, aura grandi, on pourra, par une nouvelle opération, en prenant le lobe rouge de la lèvre inférieure pour le reporter à la supérieure, remédier totalement au tératome de cette fillette.

2° *Petite fille opérée* il y a 8 jours. L'incision libératrice est presque cicatrisée.

3° *Adamantinome du maxillaire inférieur.* — C'est une tumeur adamantine très intéressante de la branche montante du maxillaire inférieur droit. Le malade a été opéré il y a 4 ans. La tumeur présentait des fibres radiées. Cautérisation après opération. Pas de récidive pendant 4 ans. La tumeur a cependant récidivé maintenant et il faudra probablement réséquer et faire une opération plus considérable. Le secours de l'art dentaire sera alors précieux.

4° *Résection du maxillaire inférieur.* — M. Girard a pratiqué souvent cette opération. Un appareil de prothèse immédiate dans le cas présenté ne pouvant être fait, l'opérateur a pris ingénieusement un fragment de côte du malade et l'a placé à l'endroit réséqué.

5° *Fracture du maxillaire inférieur chez un homme de 40 ans.* — Cette fracture n'a pas été remise immédiatement. Un cal s'est formé, l'articulation a été déviée de dedans en dehors et nécessiterait une opération. C'est là le désir du malade présenté.

En terminant sa très captivante conférence, M. Girard fait appel à la collaboration toujours plus grande des médecins et des dentistes. Il est temps que, pour le bien de nos malades, chirurgiens et dentistes travaillent encore ensemble.

De chaleureux applaudissements témoignent au prof. Girard de l'intérêt que les congressistes ont pris à son travail.

***

A midi et demi avait lieu le banquet d'adieux à l'hôtel Métropole. De nombreux discours y furent prononcés, par MM. *P. Guye, Amoëdo, Tellier, Brodtbeck, Stoppany, Louis Guillermin, etc.* Le programme du Congrès n'ayant pu être épuisé, une séance supplémentaire eut lieu dans le grand salon de l'hôtel Métropole.

XIII. — Recherches sur la valeur des solutions colloidales des anesthésiques alcaloidiques, par M. Vichot.

M. Vichot s'efforce de faire ressortir que la doctrine de toxicité n'est pas uniforme et qu'à ne considérer qu'un médicament, on n'entrevoit qu'un côté du problème de l'anesthésie. Deux facteurs importants sont à considérer : l'anesthésique d'une part ; l'individu de l'autre. Nous connaissons le premier, nous ignorons presque tout le second. C'est à nous de protéger l'individu contre sa propre activité nocive. Tel est le but des recherches de M. Vichot.

Il a remarqué et signalé qu'une solution de cocaïne mélangée à une solution de peptone Byla de 2 à 10 0/0 peut être injectée à des doses considérables à un cobaye sans provoquer la mort. Les expériences de Delbose ont établi qu'une dose de 8 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne tue un kilog. de cobayes. Or la solution pepto-cocaïne ne tue pas à 15 centg. de cocaïne par cobaye. Pour obtenir la mort il faut atteindre 18 à 20 centg. De même pour les solutions de pepto-novocaïne. Ainsi par un procédé très simple il semble qu'on puisse reculer jusqu'à des limites extrêmes les doses maniables de ces deux poisons. Malheureusement les solutions de peptone sont difficiles à stériliser et encore plus à conserver à l'abri des microbes. Aussi M. Vichot songe-t-il à remplacer ce colloïde naturel par un colloïde artificiel : les matières colorantes, bleu de méthylène entre autres, substance qui a déjà fait ses preuves.

Après expériences, la cocaïne a été mélangée au bleu d'aniline qui a donné de meilleurs résultats : diminution considérable de la toxicité, anesthésie indolore et profonde, même durée d'insensibilisation qu'avec la pepto-cocaïne, cicatrisation rapide de la plaie opératoire. En plus le danger d'intoxication par la matière colorante bleue d'aniline n'est jamais à redouter.

Discussion.

M. *Tellier* (*Lyon*). — Le travail très scientifique de M. Vichot est d'un haut intérêt. Il est nécessaire de le lire à tête reposée.

Nous pourrons alors soumettre quelques réflexions à l'auteur.

M. Eltner (*Bâle*). — D'après le travail de M. Vichot il nous sera possible d'atténuer la toxicité de la cocaïne et des anesthésiques en général.

M. Paul Guye remercie le conférencier.

XIV. — Contribution a l'étude de certaines lésions d'origine nasale et sinusienne, par M. Julien Tellier.

Les infections du sinus maxillaire ont dans un grand nombre de cas une origine dentaire ; *inversement* les sinusites primitives peuvent provoquer des lésions des dents passagères ou permanentes ; elles se manifestent par l'apparition de phénomènes douloureux, ordinairement localisés aux grosses molaires, parfois plus marqués au niveau de l'une d'elles. La pathogénie de ces lésions dentaires ressort tout entière des rapports anatomiques de la région ; d'après Zuckerkand, les nerfs dentaires se trouvent en contact avec le revêtement du sinus ; pour certains auteurs (Maurice Roy), ils peuvent être atteints par les exsudats ; ou bien il s'agit d'une infection des gaînes des trous nerveux afférents parcourant la muqueuse du sinus. En somme la lésion principale serait *extra dentaire*. Cette hypothèse n'est pas la seule qui puisse être invoquée : on peut aussi penser que la lésion de la muqueuse sinusienne se propage aux ligaments alvéolo-dentaires, et que la périodontite est accompagnée ou suivie de lésions nerveuses ou vasculaires du tissu pulpaire. Il s'agit donc d'une véritable lésion *intra dentaire*. A la suite des lésions vasculaires (endartérite, endophlébite), on verra se produire la mortification de la pulpe et toutes ses conséquences. Le diagnostic est basé sur l'interrogatoire des patients. Le caractère des douleurs fait penser à l'existence d'une pulpite avec périodontite ; l'examen direct, en général, montre l'absence de toute lésion apparente de la dent, soit au niveau de la couronne, soit au niveau des collets. En reprenant l'interrogatoire, on est mis sur la piste d'une sinusite ordinairement d'origine grippale, dont il reste à faire la preuve. Si le diagnostic a été méconnu, on peut être conduit à pratiquer la trépanation d'une dent douloureuse, opération en général inutile, qui pourra être accusée d'avoir provoqué une sinusite suppurée dont les symptômes seront ultérieurement observés. La trépanation est cependant nettement indiquée s'il y a mortification pulpaire. A la suite d'une infection surajoutée, il peut survenir des phénomènes inflammatoires dont la conséquence peut être la production d'une 2e sinusite constituant, peut-on dire, *un empyème du sinus d'origine dentaire consécutif à une sinusite d'origine nasale*.

Les cas de cette nature, qui passent ordinairement inaperçus,

ont été signalés depuis le XVIIIe siècle et constituent un paragraphe qu'on pourrait intituler : les lésions dentaires d'origine paradentaire.

Discussion.

M. Paul Guye estime que l'on peut se féliciter d'avoir tenu séance après un Congrès déjà bien rempli ; il félicite M. Tellier de son très brillant exposé. M. L. Guillermin avait présenté quelques cas de sinusites non dentaires, il y a quelques années ; il y a peu de temps, ce dernier fit examiner une de ses malades par M. Guyot.

Sur la demande de *M. P Guye, M. le prof. Girard* ajoute quelques mots : « C'est, dit-il, son collègue M. Chauveau qui est chargé d'examiner les malades atteints d'affections odonto-otorhino-laryngologiques. Il regrette vivement de ne pas pouvoir prendre part d'une manière autorisée à cette discussion. »

La séance est levée à 4 heures et quart et le Congrès déclaré clos.

De nombreux congressistes finissent gaiement le 28e Congrès et se donnent rendez-vous à Interlaken en 1914.

BIBLIOGRAPHIE

An introduction to dental anatomy and physiology, descriptive and applied.

M. Hopewell-Smith, un confrère bien connu de la Société d'Odontologie de Paris, à laquelle il a fait diverses communications, vient de publier chez MM. J. et A. Churchill, éditeurs à Londres, *une introduction à l'anatomie et à la physiologie dentaires, descriptives et appliquées.*

Cet ouvrage, de 372 pages, illustré de 340 figures, d'une photogravure et de 5 planches, traite d'abord d'une façon remarquable l'anatomie des dents de l'homme et décrit nettement le système dentaire humain avec ses anomalies. Il aborde ensuite l'histoire des dents humaines en remontant à l'époque préhistorique, en s'attachant aux théories de l'évolution et de la forme, en indiquant les dentures rencontrées dans les divers ordres d'animaux. Les chapitres suivants sont consacrés à l'histoire naturelle.

Ce livre, qui fait honneur à son auteur, est soigneusement écrit et a été édité avec un goût parfait; les illustrations sont très belles.

Quelques négligences et un certain nombre d'erreurs, que l'auteur s'est efforcé d'atténuer dans une longue liste d'errata, ne diminuent en rien le mérite de cette œuvre, qui représente une somme de travail considérable et qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tout esprit chercheur et observateur.

Précis d'anesthésie locale.

M. G. Piquand, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris, vient de publier à la Société d'éditions scientifiques et médicales, un volume de 263 pages, précédé d'une préface du Prof. Paul Reclus.

L'ouvrage, illustré de 63 figures, est divisé en deux parties : l'anesthésie locale en général ; techniques spéciales de l'anesthésie locale dans les principales opérations ; subdivisées, la première en quatre chapitres, la seconde en onze chapitres.

Ces chapitres traitent les sujets suivants : indications et contre-indications de l'anesthésie locale ; anesthésie locale par compression et par réfrigération des tissus, l'anesthésie locale par ses agents chimiques, étude comparée de la cocaïne et de ses succédanés ; technique générale de l'anesthésie locale ; opérations sur la peau et le tissu sous-cutané ; opérations sur les tendons, les vaisseaux et les nerfs ;

opérations sur la tête et le cou ; opérations sur le thorax ; opérations sur l'abdomen ; opérations sur les organes génito-urinaires ; opérations sur le membre supérieur ; opérations sur le membre inférieur ; anesthésie locale pour la réduction des fractures et des luxations ; anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie.

Enfin un chapitre spécial est consacré à l'anesthésie dentaire et il comprend : généralités, anesthésie par application directe, anesthésie par injection intra-muqueuse ; anesthésie par injections sous-muqueuses para-apicales ; anesthésie par injections diploïques ; anesthésie régionale.

Ce chapitre offre un intérêt particulier pour le chirurgien-dentiste et d'une manière générale l'ouvrage de M. G. Piquand lui sera d'une réelle utilité.

Syphilis de la bouche et affections analogues à l'usage des médecins, dentistes et étudiants.

Le Prof. F. Zinsser, médecin en chef de la section dermatologique de la Maison municipale de santé Lindenburg, chargé de cours à l'Académie de médecine pratique de Cologne, a publié un traité qui porte ce titre. Ce traité a été traduit en français par M. H. Bulliard, de la Faculté de médecine de Paris, professeur et lauréat de la Faculté ; il est précédé d'une préface de M. Brocq, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Ce volume, de 154 pages, édité sur beau papier par la Société d'éditions scientifiques et médicales, comprend un avant-propos, une introduction et six chapitres : l'accident syphilitique primaire, syphilis secondaire, syphilis tertiaire, syphilis héréditaire, affections de la bouche ressemblant à la syphilis secondaire, affections de la bouche ressemblant à la syphilis tertiaire. Il est illustré de 51 figures en couleurs, de 18 en noir en 44 planches.

Uebersichtstabellen der zur Zeit im Betrieb befindlichen Schulzahnkliniken.

Nous avons reçu de M. le prof. Jessen, de Strasbourg, des *tableaux synoptiques des cliniques dentaires scolaires fonctionnant actuellement* en Allemagne. Ces tableaux, très complets, très détaillés, qui ne comprennent pas moins de 36 colonnes et ont le format de 8 pages de *L'Odontologie* étalées et réunies, contiennent des renseignements statistiques très précis et très intéressants sur les 194 cliniques dentaires scolaires existant dans ce pays. Ces tableaux ont

été dressés par MM. Cohn, Kientopf et Schmidt au nom du Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire.

Livres reçus.

Nous avons reçu de M. Rudolf Weiser, de Vienne, membre du Conseil exécutif de la F. D. I., un de nos principaux collaborateurs, une brochure de 18 pages intitulée *Zur Methodik operativen Eingriffe bei impaktierten Weisheitszähnen des Unterkiefers* (Technique des interventions opératoires dans les cas de dents de sagesse incluses), avec 24 figures dans le texte. Cet ouvrage a été édité chez Urban et Schwarzenberg (Vienne et Berlin).

Nous le félicitons de cet important travail.

* *

Nous avons reçu également une brochure très intéressante intitulée *Dentistes versus* (contre) *médecins-dentistes,* publiée sous les initiales E. R. et extraite du *Journal dentaire belge* du 2 mars 1913, que nous avons reproduite dans notre dernier numéro. Elle est de notre confrère M. Rosenthal, président de la F. D. N. belge, que nous félicitons très vivement.

*
* *

Signalons aussi une brochure de 16 pages intitulée : « *Jugement de l'honorable juge Bruneau dans la poursuite intentée par le collège des chirurgiens-dentistes de la province de Québec à M. J. E. Gagnon pour exercice illégal de la chirurgie dentaire* (1913). »

*
* *

A mentionner enfin *Deux siècles de presse au service de la pharmacie et cinquante ans de l'union pharmaceutique,* histoire et bibliographie des périodes intéressant les sciences, la médecine et spécialement la pharmacie en France et à l'étranger, de 1665 à 1860 et monographie de l'Union pharmaceutique, organe de la Pharmacie centrale de France (de 1860 à 1912). Cet ouvrage de 316 p., illustré de 22 gravures hors texte, est dû à MM. Guitard, archiviste paléographe, et Buchet, directeur de la Pharmacie centrale de France.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous relevons avec le plus grand plaisir dans le *Journal officiel*, parmi les promotions dans la Légion d'honneur faites à l'occasion du 25e anniversaire de la fondation de l'Institut Pasteur, le nom de M. le Dr Auguste Marie, nommé chevalier.

Les titres mentionnés par le *Journal officiel* à l'appui de cette nomination sont les suivants :

« Professeur à l'Institut Pasteur ; ancien interne des hôpitaux de Paris ; importants travaux sur la rage et la vaccination antirabique : attaché à l'Institut Pasteur depuis 1894, professeur depuis 1900.

» 1 an de services militaires, 21 ans de services civils. »

Nous n'avons pas besoin de rappeler que M. le Dr Auguste Marie a été professeur à l'Ecole dentaire de Paris de 1898 à 1912 et qu'il a donné, dans la chaire de pathologie interne un enseignement qui a fait honneur à l'institution.

Il a reçu la médaille d'or des professeurs en 1911 et l'honorariat lui a été conféré tout récemment.

Il est l'auteur du volume de *Notions générales de pathologie* de la collection du *Manuel du chirurgien-dentiste*, publié sous la direction de M. Godon, qui est entre les mains de tous nos étudiants, et dont une nouvelle édition est sous presse en ce moment.

Tous les amis de l'Ecole dentaire de Paris se réjouiront de la distinction si méritée conférée à M. Auguste Marie, auquel nous adressons toutes nos félicitations.

*
* *

Nous enregistrons également avec un très grand plaisir la nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. Lamy, inspecteur général de l'Instruction publique.

M. Lamy, qui est membre du Comité national français d'hygiène dentaire, s'est particulièrement occupé des questions d'hygiène dentaire scolaire et il a pris la plus grande part à l'élaboration de la circulaire du 23 mars 1908 par laquelle le ministre de l'Instruction publique décida l'organisation dans les écoles normales primaires,

ainsi que dans les internats annexés aux écoles primaires supérieures de deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires, mesures étendues par la suite aux lycées et collèges de l'enseignement secondaire.

M. Lamy fit une conférence sur ce sujet à la Société d'Odontologie le 2 juin 1908, conférence publiée dans *L'Odontologie* du 30 juin suivant.

M. Lamy n'a jamais laissé passer une occasion sans témoigner le vif intérêt qu'il porte à l'Ecole dentaire de Paris et aux œuvres dont elle s'occupe ; aussi le Conseil d'administration et les sociétaires sont-ils très heureux de la distinction qui vient de lui être conférée et lui adressent-ils par notre intermédiaire leurs plus chaleureuses félicitations.

*
* *

Nous apprenons de même avec une grande satisfaction l'élévation au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. Générès, chef du bureau de l'enseignement supérieur au Ministère de l'Instruction publique. M. Générès s'est toujours occupé des questions d'enseignement dentaire et dans les circonstances multiples où nous avons eu affaire à lui nous avons toujours rencontré chez lui la plus grande bienveillance et une courtoisie parfaite.

Nous sommes heureux de pouvoir lui adresser nos vives félicitations.

Exposition de Gand.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Reviron, membre de l'A. G. S. D. F., a obtenu une médaille d'or à cette Exposition.

Nous lui adressons nos félicitations.

Association brésilienne.

Le nouveau siège de l'Association centrale brésilienne de chirurgiens-dentistes a été inauguré le 5 juin, rue du Sept-Septembre, à Rio de Janeiro.

Le nouveau local comprend une grande salle pour les réunions scientifiques et autres, un bureau et une bibliothèque.

Vol avec effraction.

Des voleurs ont pénétré par effraction dans la fabrique de fournitures dentaires de MM. Ehrlich et Schnass à Dusseldorf et se sont emparés de dents artificielles pour une valeur de 18.000 francs.

Nouvelle école dentaire.

La Fédération des dentistes allemands se propose, sur l'invitation de la Société des dentistes d'Alsace-Lorraine, de créer une école dentaire à Strasbourg. La ville fournirait les locaux et pourvoirait à leur entretien. La Fédération s'occuperait de l'installation et du personnel enseignant ; elle prendrait aussi l'engagement de ne pas créer d'autre école dentaire dans l'Allemagne du sud avant 5 ans.

(*Strassbürger Post*, 11 mai 1912.)

L'art dentaire.

A la suite de la plainte de M. D, Mme X, dentiste à Y., fut poursuivie pour exercice illégal de l'art dentaire. Le tribunal l'acquitte de ce chef, attendu qu'aucune plainte n'est venue de ses clients et que son association avec M. X lors de la promulgation de la loi lui conférait certains droits, mais elle est condamnée à 16 fr. d'amende avec sursis pour emploi d'anesthésique sans l'assistance d'un docteur.

(*Journal de Seine-et-Marne*, 11 juillet 1913.)

Soins dentaires militaires.

Le ministre de la Guerre d'Italie a édicté des dispositions pour le traitement des dents des soldats de l'armée de terre dans les hôpitaux militaires.

(*Corriere della Sera*, 2 juillet.)

Accident mortel d'automobile.

M. Osvaldo de Roberto, 48 ans, chirurgien-dentiste à Turin, a été

renversé dans cette ville par un autobus et a succombé à ses blessures.

(*Gazetta del Popolo*, 5 juillet).

Société de dentisterie militaire.

Un Comité s'est formé pour la fondation d'une société allemande de dentisterie militaire. Le président est M. G. Labaschin, de Berlin-Wilmersdorf.

33e ANNÉE. N° 17 15 SEPTEMBRE 1913 Vol. L

L'ODONTOLOGIE

REVUE DES REVUES

LA MÉTALLISATION UNIVERSELLE ET SES APPLICATIONS A L'ART DENTAIRE

Par M. Lecointe, ingénieur.

(Communication à la Société belge d'Odontologie, 8 juin 1913.)

I. — Procédés actuels de métallisation.

On sait que les procédés actuels de métallisation peuvent se subdiviser en quatre catégories : le procédé *physique*, le procédé *chimique*, le procédé *électrolytique* ou *galvanique*, et enfin les moyens *mécaniques*.

Procédé physique. — Dans ce cas, on opère *à chaud*, en appliquant le métal fondu directement sur l'objet chauffé et préalablement nettoyé et décapé. L'application se fait souvent aussi en plongeant l'objet dans un bain du métal à appliquer. Ce procédé s'emploie surtout à l'usage des métaux facilement soudables tels que l'étain, le plomb, le zinc, etc. L'épaisseur de la couche dépend de la température du bain et de la durée de l'immersion de l'objet à métalliser.

Procédé chimique. — Ici l'application du métal s'obtient au moyen d'un sel qui le précipite d'une de ses dissolutions salines.

Ce moyen est employé, par exemple, dans la fabrication des miroirs que l'on obtient par la précipitation, au moyen de l'ammoniaque, de l'argent contenu dans le nitrate de ce métal.

Procédé électrolytique ou galvanique. — Dans ce cas, l'électricité intervient comme agent générateur : on sait qu'à la faveur d'un courant électrique traversant d'une part un élément métallique à dissoudre (*anode*, +), d'autre part un électrolyte liquide composé d'une dissolution saline du même métal et passant enfin à travers l'objet à métalliser (*cathode*, élément —), lequel est plongé dans le bain (pourvu, bien entendu, que l'objet soit conducteur d'électricité ou tout au

moins rendu tel) ; on sait, disons-nous, que l'action électrique provoque le dépôt, sur l'objet, d'une couche de métal précipité de la dissolution et que l'électrolyte s'entretient en teneur métallique par la dissolution continue de l'*anode*.

Inutile de détailler ici les nombreuses applications de ce mode d'opérer, ni de rappeler les découvertes de Jacobi et de Spencer relatives à la galvanoplastie.

Procédé mécanique. — Ce dernier moyen procède :

a) Soit par voie de *laminage*;

b) Soit par voie de *pression directe*;

c) Soit enfin par la projection d'un métal fondu provenant de la *poudre* ou bien d'un *fil* de ce métal.

a) Le *laminage* ne s'applique guère qu'aux tôles. Il consiste à placer, sur un lingot de métal à doubler, une feuille de métal à appliquer et de laminer à chaud le bloc ainsi composé. Quand les métaux à unir sont considérés comme non soudables l'un à l'autre, on interpose entre eux une couche de métal soudant.

M. Martin, en 1908, prit dans cette direction des brevets intéressants dont l'application donna suite au *bimétal*.

b) La *simple pression* est généralement utilisée dans les cas où l'adhérence ne joue pas un rôle très important ou bien quand la couche métallique ne subit pas, à l'usage, d'efforts violents de séparation. La confection de certains caractères ou dessins métalliques à appliquer sur des surfaces malléables (cuir, étoffe, cartons, papier) s'opère le plus souvent de la sorte.

II. — Procédés « Schopp ».

Nous arrivons à la description des procédés dus à M. Schoop, ingénieur chimiste à Zurich, et qui ont un mérite d'originalité bien spécial et bien caractéristique.

Appareil « Cyclone ». — Au moyen de la poudre du métal à appliquer, poudre que l'industrie fabrique aujourd'hui sans grand frais, M. Schoop obtient, quelle que soit la nature de l'objet à métalliser, des couches bien *adhérentes* et, si nécessaire, d'une ténuité extrême ; on confectionne aussi par ce moyen des couches *détachables*, si l'on a soin d'enduire au préalable l'objet d'une matière onctueuse : huile, plombagine ou autre.

A. — Appareil « Cyclone ».

La figure 1, ci-contre, indique la configuration schématique de l'appareil « Schoop », dit « *Cyclone* ».

Dans le réservoir A se place la poudre métallique. Par le canal G arrive de l'air comprimé et par la tubulure N, un gaz combustible quelconque (hydrogène, gaz de ville, etc.) ; il se

forme donc en N un chalumeau dont on fait varier la température suivant la nature plus ou moins fusible du métal à appliquer. Enfin la tuyauterie M donne à de l'air comprimé, accès à la masse de métal en poussière, laquelle forme dès lors un véritable « cyclone » qui se dirige vers le chalumeau, d'où il sort en un jet de poudre fondue, laquelle vient s'appliquer sur la surface qu'on lui présente pour y donner suite à une couche *adhérente* ou, selon le cas, *détachable*.

La fig. 2 représente la manipulation de l'appareil « *Cyclone* ».

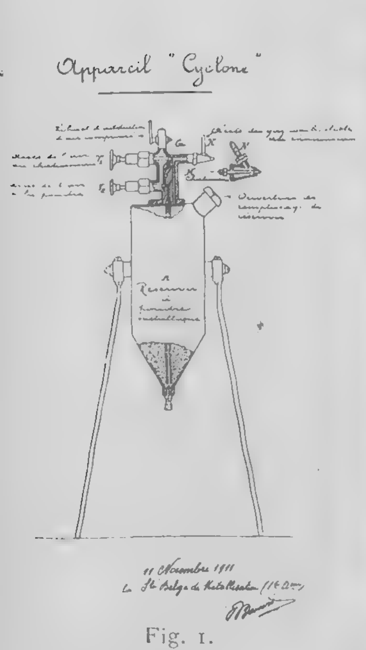


Fig. 1.
Coupe schématique.



Fig. 2.
Manipulation.

B. — Appareil « Pistolet ».

Ici nous nous trouvons devant un appareil plus pratique et dont la manipulation est des plus aisées.

Il comporte deux éléments essentiels : le *guide-fil* (fig. 3) et le *chalumeau* (fig. 4).

Le guide-fil est enfermé dans une boîte de dimensions réduites où une petite turbine à air comprimé (ou bien une petite dynamo) met en mouvement une molette à gorge, guidant le fil en mouvement vers le chalumeau.

Ce dernier comporte un canal entourant le fil de métal en mou-

vement et amenant au bec du dit chalumeau les gaz nécessaires préalablement mélangés : hydrogène, gaz d'essence, acétylène ou gaz de ville comme combustible, oxygène ou air comme comburant.

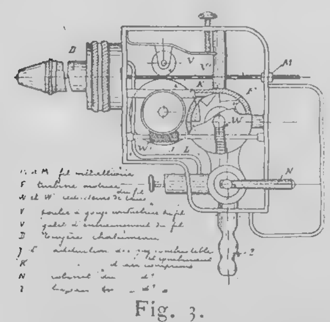


Fig. 3.
Coupe schématique du guide-fil.

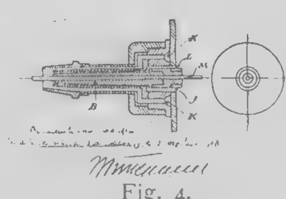


Fig. 4.
Chalumeau.



Fig. 5.
Manipulation.

En pénétrant dans l'arc de combustion, l'extrémité du fil s'y fond à l'instar d'un bout de crayon que l'on taille, et le métal fondu est *refroidi* et *pulvérisé* par un jet puissant d'air comprimé qui est dirigé concentriquement par la tubulure extérieure.

Le jet métallique ainsi divisé, refroidi et projeté avec une

vitesse analogue à celle d'un projectile de mousqueterie, est arrêté dans sa « *course folle* » par l'objet qu'on lui oppose et qu'on veut métalliser. Il se produit alors une transformation d'énergie bien connue : la vitesse réduite à zéro occasionne une surélévation de température qui provoque la refusion du métal et l'application bien adhérente de ce dernier sous forme d'une mince pellicule. On constate aussi, phénomène assez curieux et assez inexplicable, que l'objet à métalliser, quel qu'il soit, ne subit aucune élévation de température sensible. La main reçoit ainsi le jet de métal pulvérisé sans éprouver aucune sensation pénible et elle se métallise, sans laisser la moindre trace, après détachement de la couche y appliquée.

La figure 5 montre la manipulation du « *Pistolet* », lequel ne pèse guère plus de 1 kilogramme !

III. — Applications diverses.

Les descriptions qui précèdent permettent aisément d'envisager le champ énorme d'applications réservées aux procédés « Schoop » de métallisation.

Dépôts adhérents. — Dans cet ordre d'idées, on peut ranger :

1. La constitution de surfaces conductrices d'électricité ;
2. La préservation des métaux contre l'oxydation ;
3. La protection des objets en bois contre l'incendie, l'humidité, les termites, le taret de mer, etc. ;
4. La métallisation des tissus et des cartonnages : enveloppes de ballons, chambres de pneumatiques, décors de théâtres, boîtes de conserves, etc. ;
5. La décoration des bas-reliefs, céramiques, faïenceries, objets de verre ou de cristal. etc ;
6. Le capsulage hermétique des bouteilles ;
7. Le revêtement en métaux spéciaux des réservoirs, cuves ou récipients, destinés à contenir des produits chimiques ou autres ;
8. La protection métallique du tain des glaces et miroirs, etc., etc.

Dépôts détachables. — Ici on peut comprendre notamment :

1. Les moulages et les modelages de toute nature ;
2. Les clichés d'imprimerie, de stéréotypie, etc. ;
3. La fabrication de corps creux ;
4. L'imitation de cuirs à relief ;
5. Les applications *à l'art dentaire* qui sont examinées dans l'article qui suit.

LA MÉTALLISATION EN ART DENTAIRE

Par M. Charlier.

Depuis la plus haute antiquité, l'art dentaire a vu ses adeptes se préoccuper de la métallurgie spéciale et chercher à la mettre en pratique de la façon la plus effective; nous voyons en effet, sous la civilisation des Phéniciens, des Grecs et des Etrusques, se développer l'art dentaire avec une conception de la métallurgie appliquée, qui, bien que deux ou trois mille ans nous en séparent, est encore, et plus que jamais, la conception, dans ses grandes lignes, des règles qui régissent les traitements restaurateurs et conservateurs de notre spécialité moderne. Les documents de l'époque et les tombeaux nous ont laissé des témoignages irrécusables de l'activité de nos prédécesseurs ; ceux-ci s'adonnaient à l'aurification et au bridge, et ce regard en arrière est effarant si l'on pense que ces praticiens avaient jeté leur dévolu sur le précieux métal jaune, qui de nos jours constitue encore le roi des métaux. Notre auxiliaire le plus indispensable consacre aujourd'hui sa destination première et s'associe à une technique, œuvre de nos antiques confrères, qui réalise, à l'heure actuelle, l'idéal de la prothèse. Aux cours des âges, l'art dentaire disparaît et la décadence scientifique du moyen âge anéantit tout ce qu'avaient accumulé les grandes civilisations antérieures. Cependant, peu à peu, le besoin de thérapeutique conservatrice et de la prothèse se fait sentir, la tradition scientifique ne s'est pas perdue au cours de cette évolution, mais les métallurgistes, habiles techniciens d'antan, font défaut. La métallurgie pendant cette période est presque abandonnée et c'est seulement à l'approche de l'époque moderne que nous voyons celle-ci reprendre son rôle utilitaire; le XVIIIe siècle va voir cette branche de notre spécialité suivre l'essor extraordinaire de l'art dentaire dans une marche ascendante qu'il n'aura jamais connue. La prothèse et le traitement obturateur s'empare de la plupart des métaux nobles, sans compter les autres métaux qui interviennent dans le laboratoire. Le platine, l'or, l'argent, l'aluminium, l'étain et leurs alliages obligent le technicien à posséder leur manipulation à fond, manipulation parfois très délicate; l'estampage et la coulée s'implantent, les obturations donnent à l'or et à l'amalgame une vogue qui va consacrer pour longtemps leurs préparations et leur emploi.

Ici commence l'ère des recherches; les résultats éloignés des obturations démontrent la nécessité de résoudre un problème, le plus difficile que la science sera peut-être appelée à solutionner:

celui de l'obturation idéale. La science perfectionne, les chimistes et les professionnels éminents travaillent sans discontinuer ; nous assistons à l'apparition sur le marché de plus en plus important de quantité de produits nouveaux ; améliorations certes, mais le problème est toujours posé. Nous voyons l'évolution stupéfiante d'une profession qui s'affirme ; celle-ci avide de progrès voit chaque jour son domaine s'enrichir d'un perfectionnement, toutes les sciences qui se rattachent à son caractère purement spécial, subissent cette loi du progrès.

La céramique s'impose à l'attention du dentiste, le verre, la porcelaine ensuite prennent la place qui leur est désignée dans une spécialité où l'esthétique est un facteur important. Apparaît alors une méthode qui vient révolutionner le traitement des métaux employés dans la profession, la méthode de la coulée des métaux par la pression de la vapeur d'eau. L'enthousiasme fait disparaître presque complètement un ancien serviteur, l'estampage. Les métaux coulés sous pression offrent de tels avantages qu'il faut se rendre à l'évidence et suivre la voie du progrès. Le problème de l'obturation se voit de nouveau traité et prend sa part dans cette innovation, le dentiste adapte la méthode à sa technique opératoire et perfectionne, dans une certaine mesure, le régime des obturations, mais sans arriver cette fois à résoudre la troublante question de l'obturation idéale. Personnellement, je me suis senti attiré comme la plupart d'entre vous vers ce si palpitant sujet. Je me suis adonné à la recherche du résultat tant désiré, vers les obturations prenant leur source dans le règne végétal et minéral, sans amélioration d'aucune sorte. L'aurification d'aujourd'hui n'est qu'une amélioration de l'obturation de nos confrères grecs de l'antiquité. C'est vous dire mon enthousiasme, lorsque le plus grand des hasards, à des moments de loisirs, me mit sur les traces d'une découverte, qui me vaut l'honneur de cette causerie.

La Métallisation.

Par application de la métallisation à l'art dentaire, j'envisageai immédiatement la possibilité d'orienter des recherches dans cet ordre d'idées. Tout en expérimentant d'une façon tout à fait pratique, le procédé dans les travaux prothétiques, par tâtonnements, par l'étude du nouvel élément, en enthousiaste et convaincu, j'arrivai enfin au but tant recherché ; je n'ai pas été déçu et je viens vous en faire part. Après beaucoup de difficultés, dans des conditions peu favorables, je me suis décidé, avec des appareils industriels, à tenter l'opération que je terminai avec succès, con-

sécration inéluctable de la solution de la fameuse question de l'obturation idéale.

En effet, le fait d'obtenir par la métallisation, c'est-à-dire de reconstituer un corps métallique à son état physique de métal coulé avec son adaptation parfaite à une cavité quelconque, doit nous engager à réaliser la chose d'une façon complète. Je ne crois pas anticiper en affirmant que la science vient de doter l'art dentaire d'une merveille incomparable qui lui permettra de discipliner les lois de la physique et de la chimie, en assignant à chaque molécule sa place propre pour coopérer avec un ensemble parfait au constituant qui doit nous créer le bloc obturateur idéal.

La métallisation n'a pas dit son dernier mot, elle apporte à notre métallurgie spéciale, des éléments qui viennent singulièrement perfectionner la technique et l'emploi des métaux et lui ouvrir un champ sans limites dans tout ce domaine.

Peut-être verrons-nous la céramique suivre la même règle et combler la lacune de l'obturation esthétique parfaite, mais jusqu'à présent les choses acquises ne nous permettent de rien affirmer.

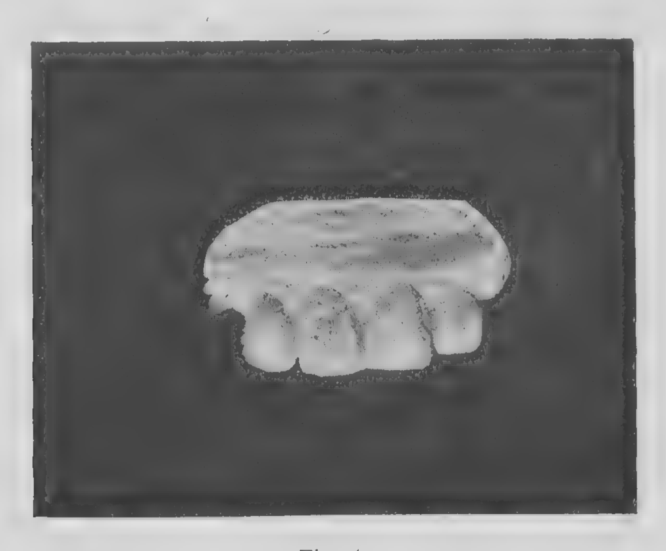


Fig. 6.

Empreinte en étain de la portion antérieure de quatre incisives avec gencives.

Quoiqu'il en soit, les différents résultats que je vous soumets aujourd'hui, démontrent amplement l'avenir qui est réservé à cette méthode lorsque les appareils seront étudiés et appropriés à notre spécialité. Je tiens surtout à vous présenter deux expériences caractéristiques qui étaient le but tout particulier de mes

recherches ; tout d'abord le moulage métallique par application directe, de la portion antérieure de quatre incisives avec gencive et ensuite l'obturation métallique de la cavité interstitielle d'une incisive latérale non dévitalisée.



Fig. 7.
Photographie de l'obturation d'une dent non dévitalisée obtenue par la métallisation.

Pour ne citer que quelques applications de la nouvelle méthode, la métallisation peut nous donner des résultats inespérés dans la prothèse, à preuve les avantages précieux que donne la confection d'un moulage avec revêtement métallique, d'où découlent d'abord la solidité du moulage lui-même et après la faculté d'obtenir le poli idéal et parfait, sans retouches de la partie interne et muqueuse des dentiers en caoutchouc.

La confection rapide et presque instantanée d'un appareil métallique avec dents et crochets doit dans beaucoup de cas nous être très heureuse. Le domaine du bridge se voit enrichi de la combinaison illimitée des métaux à titres et à points de fusion différents, application entraînant tous les travaux similaires.

Le revêtement métallique des appareils en caoutchouc, interne ou externe, de même que le revêtement protecteur de l'articulation complètera très efficacement la technique de la vulcanite. Les inlays métalliques recueillent leur part d'avantages par leur traitement à froid, etc., enfin, tout ce qui est susceptible d'être traité par le métal, en tant que celui-ci ne subira pas l'épreuve de la flexion et pour terminer l'obturation des dents par la série inappréciable de tous les alliages métalliques possibles, c'est-à-dire toute la gamme

des métaux dans leurs combinaisons des plus heureuses pour le milieu buccal.

Technique.

Le procédé « Schoop » donne un métal condensé, mais non soudant et ne subit pas l'épreuve de la flexion, il y a donc lieu de tenir compte de ces caractéristiques pour appliquer le procédé aux cas appropriés, c'est ainsi que sa mise en pratique au point de vue des obturations, réalise le problème en son entier, l'étanchéité la plus parfaite étant obtenue par agglomération métallique directe et sa résistance à la compression étant sensiblement la même que celle du métal coulé.

Le métal à la sortie de l'appareil est projeté sur une surface quelconque ou dans une cavité et subit ensuite l'opération du polissage selon les procédés habituels.

Manipulation. Confection d'un moulage métallique.

L'empreinte prise au plâtrer eçoit une application métallique par projection dans ses moindres détails et est ensuite coulée selon le mode usuel.

Le démoulage de l'empreinte se fait rapidement et laisse apparaître un modèle parfait avec une texture métallique externe.

Bridge, dent à pivot, etc.

Ces travaux doivent être préparés de façon identique aux travaux en porcelaine, c'est-à-dire couronnes, dents, pivots, attaches réunis entre eux par une charpente de métal et soudés. Le tout est alors comblé au moyen du jet métallisateur.

Inlay métallique à froid.

La méthode indirecte par moulage négatif et positif, en ciment ou autre, permettra de confectionner un inlay d'une précision extraordinaire, la technique est la même, projection du jet métallique dans la cavité reproduite par l'empreinte.

Confection d'une plaque avec dents et crochets.

Les dents et les crochets, préparés, sont maintenus en place sur le modèle, par un bandeau externe en plâtre, de façon à laisser libre la place à recouvrir de métal, telle qu'elle se présente pendant l'opération de la mise du caoutchouc en moufle.

Le revêtement sur métal, vulcanite, porcelaine exige au préalable un décapage au sable qui donne alors une liaison absolument intime entre le corps métallisé et le revêtement.

D'après ce qui précède, il est aisé de se rendre compte de l'uti-

lité incontestable de ce nouveau procédé et l'on peut entrevoir dès à présent les applications multiples qui en découleront tant en dentisterie opératoire qu'en prothèse.

(*Journal dentaire belge.*)

COURTE NOTE SUPPLÉMENTAIRE SUR LES NERFS DE LA DENTINE

Par J. HOWARD MUMMERY.

Depuis l'an dernier[1], j'ai préparé de nouvelles coupes et j'ai réussi à me procurer une préparation très instructive suivant la méthode de Beckwith, au chlorure de zinc. Ceux qui ont fait de nombreuses coupes dans la pulpe, *in situ*, savent la grande difficulté que l'on rencontre pour obtenir des coupes exactement parallèles aux faisceaux nerveux sur une longue distance. Et c'est là une des grandes sources de difficultés pour suivre la trace des dernières fibres nerveuses des principaux faisceaux dans la substance de la pulpe.

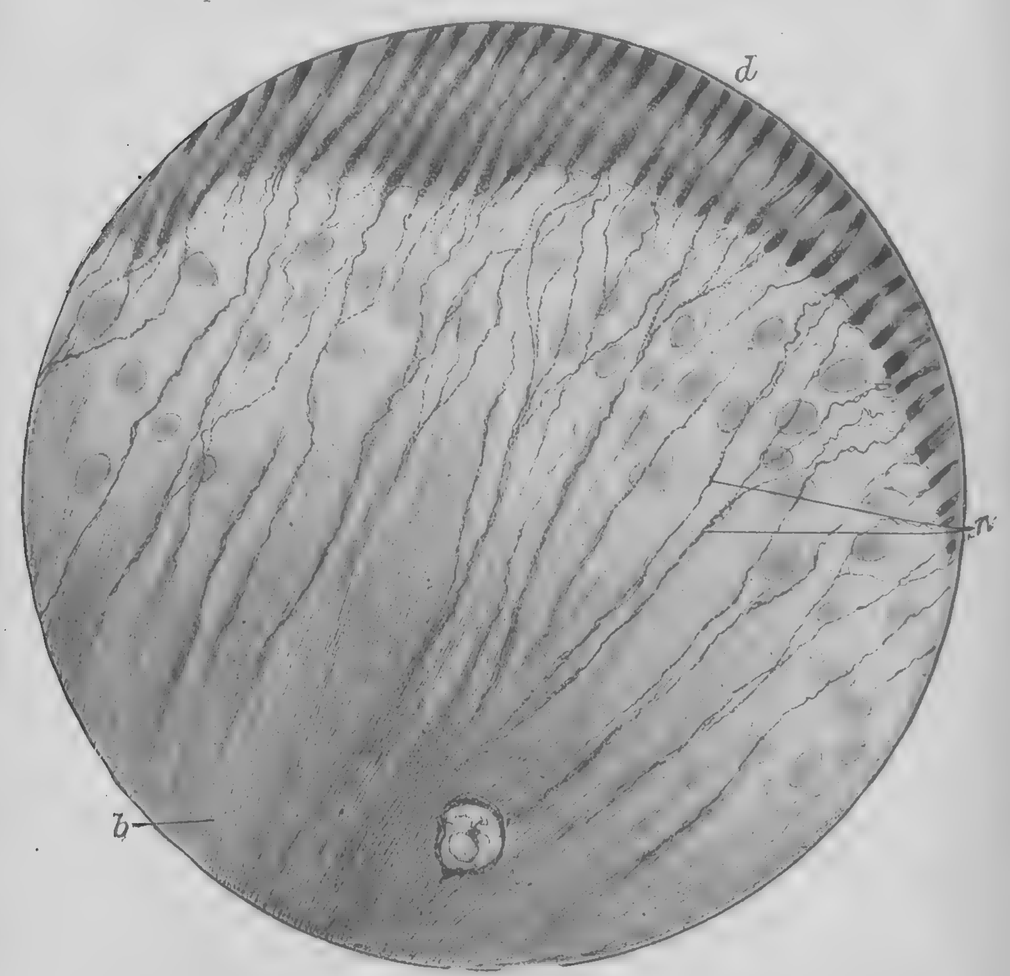
La coupe représentée à la page suivante est celle de la terminaison d'un faisceau nerveux dans la pulpe, s'étendant en un rayonnement des dernières fibrilles nerveuses et ces dernières peuvent être suivies dans tout leur trajet depuis le faisceau nerveux jusque dans les caualicules dentinaires. Le plexus sous les odontoblastes semble être absent, le faisceau nerveux envoyant immédiatement de fines fibrilles jusqu'au bord de la dentine. On remarquera que la plupart de celles-ci s'infléchissent latéralement avant de pénétrer dans la dentine et il y a une indication d'un plexus marginal, mais aucune d'un plexus plus profond dans la pulpe. Ce spécimen rappelle un dessin illustrant un article du Professeur Römer et qui montrait les fibres passant dans la dentine et se recourbant auparavant. Son spécimen provenait de la dent d'un jeune chat et était colorée d'après la méthode *intra vitam* au bleu de méthylène. Les fibrilles nerveuses qu'il montre sont détachées, et leur rapport avec les nerfs principaux de la pulpe n'est pas représenté comme dans mon spécimen. Mais je pense qu'il est peu douteux, comme je l'ai dit autre part, que ces fibrilles soient réellement des fibres nerveuses.

J'avais longtemps pensé que c'était à la pointe de la corne pulpaire que les fibres nerveuses pouvaient être le plus facilement

---

1. V. *Odontologie*, 30 mai et 15 juillet 1912. Innervation de la pulpe dentaire, par J. Howard Mummery.

mises en évidence, car la plupart des grands faisceaux de fibres médullaires de la pulpe la traversent à la pointe sans donner naissance à aucune grande ramification. Comme on peut le voir au microscope, les fibres nerveuses émanant de ces faisceaux sont très



Coupe de la corne de la pulpe d'une prémolaire humaine, teintée par la méthode au chlorure d'or de Beckwith, *d*, dentine ; *b*, un tronc nerveux principal se décomposant en une extension en forme de brosse de fibrilles nerveuses ; *n*, extrémités des fibrilles nerveuses pénétrant dans la dentine et ses tubules (× 800).

distinctes, bien qu'apparaissant toutes comme formées de perles mais, étant probablement constituées par de nombreuses fibrilles nerveuses destinées à se distribuer dans la substance de la dentine elles sont plus grosses que celles que j'ai montrées ailleurs aux bords de la pulpe.

Dans une figure illustrant un de mes précédents articles, on ne peut suivre les fibres jusqu'à la dentine, mais elles s'épanouissent en forme de brosse de la même manière. Ces cordons de fibres nerveuses pénétrant dans la dentine dans la coupe ci-jointe paraissent beaucoup plus grands que ceux que j'ai décrits passant du plexus dans la dentine dans les autres parties de la dent ; ces cordons toutefois ne sont pas des fibres séparées, mais comme le montrera un examen soigneux, sont des faisceaux de fines fibres non médullaires. Dans les coupes longitudinales, j'ai souvent vu ces gros faisceaux à l'apex de la corne pulpaire s'étendant comme dans la figure ; mais comme la dentine à cet endroit est fréquemment coupée suivant une tangente, je n'ai pu les suivre exactement jusqu'à leur point d'arrivée. Dans cette coupe, pourtant, la dentine est coupée dans le même plan que le faisceau nerveux et la distribution du tronc principal terminal est distinctement visible.

D'après l'examen de la figure, et la terminaison en forme de pinceau que j'ai décrite au sujet de la préparation au fer et au tannin, il semblerait qu'à l'apex de la pulpe, les nerfs sont distribués à la dentine plus directement qu'ailleurs et en plus gros faisceaux de fibrilles nerveuses. Je crois que la chose est facile à comprendre car des tubes dentinaires plus nombreux et plus longs rayonnent de l'apex de la pulpe que de ses côtés et une distribution plus abondante serait nécessaire, — ces gros faisceaux de fibrilles nerveuses se divisant et se subdivisant dans les tubes dentinaux et leurs ramifications. Au collet de la dent et à la périphérie de la pulpe en général elles se rencontrent en faisceaux beaucoup plus petits et forment un plexus plus complexe qu'à l'apex, tant sous les odontoblastes qu'au bord de la dentine.

(*Le Laboratoire.*)

LE LOCUS MINORIS RESISTENTIÆ DANS LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par EDOUARD C. KIRK.

J'entends par *pyorrhée alvéolaire* ce groupe de désordres inflammatoires destructifs affectant les tissus rétentifs des dents et amenant la dégénérescence et la nécrose de leurs ligaments d'attache, ainsi que l'exfoliation des dents elles-mêmes, phénomènes dépendant de l'infection bactérienne de ces tissus quant à leur cause initiale. Certes la désignation précédente est imparfaite comme définition générale applicable à tous les processus

pathologiques susceptibles de provoquer l'exfoliation dentaire ; mais la même objection peut être adressée au terme pyorrhée alvéolaire ou à toute définition générale des désordres alvéolaires. Je n'examine pas le groupe de désordres destructifs gingivaux résultant de l'irritation mécanique due à l'action de calculs salivaires sur le tissu gingival et le tissu alvéolaire et je me limite uniquement à la forme de pyorrhée alvéolaire produisant manifestement du pus et constituant un processus destructif inflammatoire.

En discutant le type de maladie gingivale pyorrhéique auquel je borne cet article, je tiens à appeler l'attention plus particulièrement sur la susceptibilité des tissus rétentifs que sur la nature de l'excitation bactérienne du processus inflammatoire. Si nous examinons les conditions qui amènent la perte des dents dans la pyorrhée nous trouverons probablement que la faiblesse inhérente à la structure de l'alvéole, si elle existe, est une faiblesse relative et qu'il n'y a pas plus de raison pour que les dents tombent par suite de pyorrhée qu'elles ne tombent par suite de carie.

En admettant que chez le sujet normal les processus physiologiques puissent maintenir les forces défensives de l'économie à un point d'efficacité protégeant l'individu contre l'invasion bactérienne, ce sujet n'aura pas la pyorrhée. On voit en effet beaucoup de bouches sans pyorrhée. D'autre part la malnutrition sous une forme quelconque peut amener une pyorrhée symptomatique des conditions générales qui l'ont fait naître.

Dans les phénomènes locaux constatés pendant la durée de l'attaque, on rencontre fréquemment des manifestations du facteur de résistance relative au progrès du désordre dans les tissus intéressés.

Dans la forme trophique, caractérisée par la décalcification de l'os alvéolaire sans formation de pus, ou poches visibles, suivie par le retrait du tissu gingival avec ou sans infection terminale et formation de pus, nous avons affaire à la manifestation locale d'un état général de malnutrition accompagné d'auto-intoxication, si toutefois n'est pas causé par elle. Nous ne savons pas exactement ce que sont les substances toxiques contenues dans le sang et qui, portées aux tissus alvéolaires, amènent la décalcification, et nous ne savons pas non plus quel est l'agent grâce auquel ces irritants toxiques produisent leurs résultats. Mais nous en savons assez sur les désordres causés dans les tissus par les susbstances toxiques dans le plasma sanguin pour croire à la suffisance de l'auto-intoxication comme cause de désordre pyorrhéique de cette forme et pour croire que la

fréquence de son association avec des cas d'auto-intoxication évidente est plus qu'une simple coïncidence. L'auto-intoxication est le résultat d'une nutrition défectueuse par suite de laquelle les processus de métabolisme s'exécutent imparfaitement, et des substances toxiques sont absorbées par le torrent circulaire et transportées dans les tissus en produisant une variété de réactions fonctionnelles et morphologiques. Incidemment les forces de résistance de l'organisme diminuent, les agents de défense du sang s'affaiblissent et la susceptibilité à l'invasion bactérienne est accrue en conséquence. L'infection apporte son supplément de substances toxiques au plasma sanguin et les tissus succombent dans l'ordre de leur puissance relative de résistance et avec des manifestations cliniques dépendant de leur s ructure histologique.

Examinons quelques-uns des phénomènes de la pyorrhée au point de vue de la diminution de résistance des tissus dans lesquels le trouble se manifeste localement.

En 1887, G. V. Black décrivit certaines structures qu'il qualifia de glandes lymphatiques de la membrane péridentaire.

En 1899 il modifia quelque peu cette description quant à la nature glandulaire de ces corps. Les travaux de Magitot, Malassez et de von Brunn, publiés la même année, concluent très vigoureusement que les structures décrites par Black sont des restes épithéliaux de la gaine épithéliale de Hertwig, le tissu embryonnaire de l'organe de l'émail. L'origine et le caractère histologique de ces corps trouvés dans diverses parties de la membrane péridentaire ont une importance considérable quant à leur susceptibilité par des organismes pathogènes. Black s'est livré à l'examen microscopique d'une coupe de dent extraite avec une portion de paroi alvéolaire et de membrane péridentaire adhérente et il a constaté que ces *glandes* étaient remplies de micro-organismes. Dans sa deuxième communication il considère comme certain que la maladie décrite par lui sous le nom de péricémentite phagédénique a son siège dans ces glandes; la lésion initiale et le développement jusqu'à la formation de poches profondes indiquent que le commencement a lieu dans ces glandes.

Mes observations cliniques concordent avec celles de Black, dans ce sens qu'elles s'appliquent seulement à ce type de pyorrhée qui est une véritable infection purulente située profondément et formant des poches.

Si les glandes de la membrane péridentaire sont des restes épithéliaux, elles sont d'une nature dégénérée et manquent de résistance vitale. Elles sont donc rapidement infectées par les

bactéries pathogènes quand les forces générales de résistance de l'organisme sont affaiblies à un degré permettant l'invasion bactérienne en un point quelconque. Un tissu dégénéré étant relativement le plus faible est le premier à succomber à l'invasion bactérienne quand l'invasion par une cause agissante générale est possible.

L'observation de Black, que les corps glandulaires examinés par lui étaient le foyer d'infection bactérienne, est très importante. Certes, une seule observation ne suffit pas pour baser une théorie, mais elle n'en constitue pas moins une donnée scientifique méritant toute considération.

En admettant que l'origine embryonnaire de ces corps glandulaires de la membrane péridentaire donne à leurs éléments cellulaires un type dégénéré, et par suite d'un pouvoir inférieur de résistance à l'invasion bactérienne, nous avons en tout cas un *locus minoris resistentiæ* dans la membrane péridentaire et, en raison de la distribution histologique de ce tissu, nous pouvons expliquer les principaux traits de l'étiologie du trouble, et maints phénomènes cliniques caractéristiques.

Hopewell-Smith, dans son étude de coupes de maxillaires inférieurs avec dents atteintes de pyorrhée, signale la présence de bactéries par grosses masses, mais n'indique pas qu'il ait trouvé des bactéries pathogènes dans les corps glandulaires de la membrane péridentaire.

L'examen microscopique des tissus rétentifs de dents atteintes d'inflammation pyorrhéique fait par Znamensky et Nikiforoff, de Moscou, en 1902, avec des grossissements de 80 à 360, c'est-à-dire insuffisants, n'a pas permis de déterminer l'infection des corps glandulaires. Si nous sommes amenés à la déduction logique que le processus inflammatoire est le résultat de l'infection par les organismes pyogéniques, nous ignorons encore le mode d'infection et le tissu de la plus grande vulnérabilité dans les structures alvéolo-dentaires.

Les études de Black concluent que les corps glandulaires de la membrane péridentaire entourent la racine de la dent comme une sorte de réseau se ramifiant dans la membrane péridentaire ; si, comme il le croit et comme je le crois moi-même, ils sont le siège de cette forme de pyorrhée qu'il appelle *péricémentite phagédénique*, nous pouvons comprendre non seulement la tendance de la maladie à la formation des poches, mais encore son identité pathologique avec l'*abcès péricémentaire* ou abcès des dents à pulpe vivante de D. Smith. L'invasion de ces glandes par des bactéries pyogènes produit une inflammation purulente, dont les phénomènes cliniques sont déterminés par la profondeur et la

rapidité de l'infection. Ainsi le trouble peut être de type ulcéreux quand l'invasion est superficielle ; il peut revêtir le caractère d'abcès quand l'invasion est plus profonde ; si l'écoulement purulent se produit entre le cément de la dent et la membrane qui l'entoure ou entre le tissu gingival, formant une ouverture fistuleuse à la surface loin du bord gingival, nous avons alors une poche purulente ou un abcès péricémentaire.

En résumé je considère la pyorrhée alvéolaire comme une lésion symptomatique locale résultant d'une anomalie constitutionnelle, d'un vice de nutrition se manifestant localement. Certes, les données que je fournis touchant la probabilité d'un *locus minoris resistentiæ* sont peu satisfaisantes ; mais j'estime que cela peut conduire à des recherches histo-pathologiques de nature à éclairer le sujet. Ma longue étude des phénomènes cliniques me permet de croire que ces recherches confirmeront l'exactitude de l'observation de Black, à savoir que les corps glandulaires de la membrane péridentaire sont les points faibles, les tissus de plus grande susceptibilité à l'infection pyorrhéique,

(*Dental Cosmos*, juin 1913.)

NOUVEAUX PROGRÈS EN ORTHODONTIE

Par Ed. A. Angle, de New London.

Il y a un an j'ai proposé un nouveau traitement de la malocclusion avec de nouveaux appareils destinés à exécuter les divers mouvements des dents. Après beaucoup de réflexion, d'observation et d'expérience je suis arrivé à simplifier considérablement la technique du placement et du fonctionnement de ces appareils.

Nécessité d'un diagnostic exact.

Chacun connaît l'importance d'une connaissance complète de l'occlusion normale des dents et de l'équilibre facial normal pour diriger intelligemment ses efforts dans le traitement de la malocclusion. Chacun sait combien il importe d'avoir toutes ses dents et connaît le rôle que joue chaque dent dans ses rapports avec les autres, chacun sait que la denture peut avoir une fonction très efficace et contribuer à l'esthétique et à l'équilibre de la face suivant le type d'individu ; enfin chacun connaît son rôle dans le développement normal de la gorge et du nez.

Si, pendant des années, nous avons pu classifier la malocclusion et noter exactement le degré d'écart de position de la normale pour la couronne de chaque dent, et juger la nécessité de son mouvement

pour établir une occlusion normale, nous avons maintenant une ère nouvelle devant nous, un champ d'activité plus vaste, mais avec des responsabilités plus grandes quant au diagnostic, à la connaissance des tissus sur lesquels nous opérons et à la technique. En un mot, l'étude du développement des os est absolument nécessaire pour la réussite du redressement.

Délicatesse des nouveaux appareils.

Nos appareils doivent pouvoir exercer une pression sur les dents dans la bonne direction et seulement avec la force voulue pour stimuler normalement les cellules osseuses dans leur travail de résorption et de réfection de l'os. Sachant que cette pression doit être très douce, il faut que nos appareils soient très délicats.

L'arc d'expansion.

L'arc d'expansion, principe idéal d'un appareil, est toujours em-

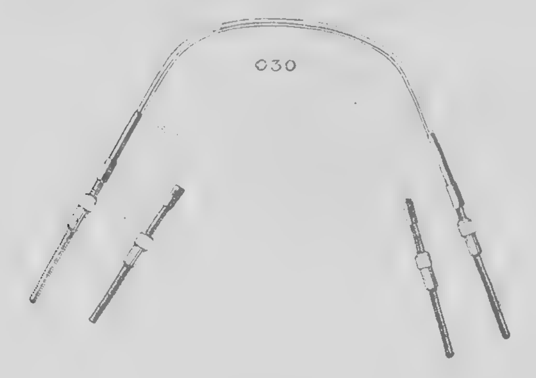


Fig. 1.

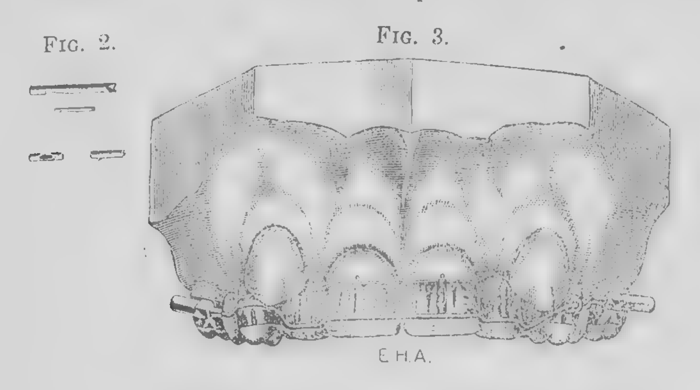
ployé, mais l'arc actuel est nécessairement plus délicat qu'autrefois et il est naturellement très modifié. Il est divisé en 3 sections : une médiane, deux extrêmes (fig. 1). La première est très élastique, est arrondie, unie, d'un diamètre très petit, elle a des extrémités carrées qui s'adaptent exactement à des trous carrés au bout des sections extrêmes filetées. En agissant, celles-ci glissent dans les gaines des bagues sur les dents servant d'ancrage. La section moyenne est courbée pour être en relation constante avec les faces labiale et buccale des dents dans leur malposition, avec des extrémités se télescopant dans les sections extrêmes filetées sur 3 mm. de long.

L'arc se fixe maintenant au moyen de chevilles délicates auxquelles il est soudé et qui entraînent des tubes ténus soudés aux rubans sur les dents à déplacer (fig. 2 et 3).

La force est exercée sur ces dents par l'élasticité de la section mé-

diane de l'arc et des chevilles, cette section étant parfois enlevée des dents et l'une ou plusieurs courbures sont légèrement redressées, après quoi il est de nouveau placé en position sur les dents, opération qu'on répète par intervalles jusqu'à ce que les deux couronnes et racines des dents aient été remises à leur position normale sur la ligne d'occlusion. De la sorte, la force provenant de l'élasticité de

Fig. 2. Fig. 3.



l'arc et des chevilles est distribuée entre les dents de façon que celles-ci sont portées en totalité dans le sens où la force agit.

Mouvement de la racine prédéterminé par une technique perfectionnée.

Avant la pose de l'appareil, nous devons avoir une idée bien nette du sens exact dans lequel l'apex de chaque racine doit être déplacé et de l'étendue de ce déplacement et nous devons placer en conséquence nos chevilles dès le début, en leur donnant l'inclinaison voulue pour un mouvement convenable de la racine, afin d'éviter de les courber ensuite, le seul changement subséquent dans le mécanisme étant le redressement des courbures dans la section médiane de l'arc et l'ajustement des sections extrêmes au moyen des écrous. Ce n'est que par ce moyen qu'on peut éviter de troubler inutilement les tissus, de les enflammer et de les léser. S'il a été décidé, par exemple, que les apex des racines de l'une des incisives ou des deux incisives latérales exigent plus de déplacement labial que celle des incisives centrales, les chevilles doivent recevoir l'inclinaison supplémentaire voulue quand elles sont soudées à l'arc. De même d'autres mouvements additionnels peuvent être décidés et les chevilles placées de façon à les exécuter, ce qui réduit au minimum la nécessité de changements subséquents.

Position des chevilles et des tubes.

Pour que la force s'exerce le mieux sur les racines des dents,

chevilles et tubes doivent être parallèles aux axes des dents si possible et, en même temps, parallèles entre eux, pour permettre le télescopage des chevilles et des tubes. Comme les dents sont souvent dans une position très irrégulière, la première pensée sera sans doute que, si les tubes sont placés parallèlement aux axes des dents, ils s'écarteront tellement du parallélisme qu'ils rendront impossible l'introduction des chevilles. Mais si l'on étudie ses modèles soigneusement et si l'on note la direction de la ligne d'axe de chaque dent, on sera surpris de voir que, quand les tubes ont été placés de façon à se trouver en ligne avec les axes des dents, ils sont parallèles, dans presque tous les cas, ou suffisamment pour permettre le télescopage des chevilles avec eux, la plus légère divergence du parallélisme étant compensée par le ressort de la cheville et l'arc. Toutefois, dans quelques cas, l'irrégularité de position d'une dent peut être assez grande pour nécessiter une modification légère de l'inclinaison du tube par rapport au parallélisme dans sa position.

Procédé de soudure des chevilles à l'arc avec une exactitude parfaite.

Pour placer la cheville, la tenir, pendant qu'on soude, avec un porte-cheville (fig. 4) d'une main, en tenant l'arc de l'autre, le jugement et

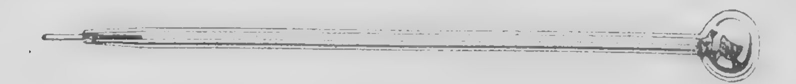


Fig. 4.

l'habileté de l'opérateur décidant de l'inclination de la cheville. Procéder avec beaucoup de soin ; d'ailleurs le procédé suivant écarte tout

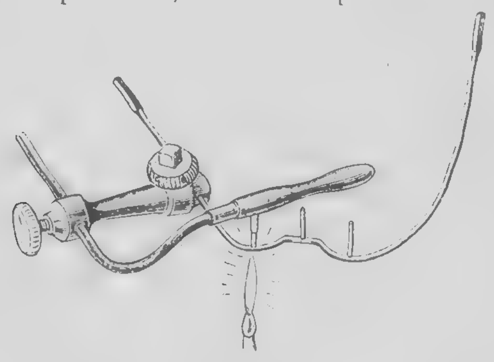


Fig. 5.

manque de précision : afin de tenir la cheville dans l'alignement voulu pendant qu'on la soude à l'arc, j'ai imaginé un support comprenant une vis fine, une section de fil de cuivre mou, et un porte-cheville (fig. 5). Pour s'en servir, la vis est fortement

engagée sur la section médiane de l'arc à 13 mm. 1/2 du point où la cheville doit se souder, l'arc étant en contact avec les faces buccale et labiale des dents, et l'extrémité opposée de la vis faisant saillie au dehors entre les lèvres du patient, car, dans la pratique les appareils doivent toujours s'ajuster directement aux dents naturelles et jamais aux modèles de plâtre. L'extrémité ronde du fil de cuivre se télescope dans un trou rond près de l'extrémité extérieure de la vis et est maintenu solidement en position par un écrou. Le fil de cuivre est alors recourbé afin que son autre extrémité légèrement aplatie d'un côté, puisse reposer au point que la tête de la cheville occupera après sa soudure à l'arc, c'est-à-dire à l'extrémité gingivale de l'orifice du tube, sur la dent à déplacer. Toutefois si l'on veut déplacer l'apex de la racine d'une dent plus que sa couronne dans une certaine direction, il faut donner à la cheville l'angle d'inclinaison nécessaire pour exécuter ce mouvement. L'extrémité aplatie du fil de cuivre est façonnée alors de manière à reposer exactement au point nécessaire pour donner cette inclinaison, abstraction faite de la position de l'ouverture du tube. Apporter un grand soin en courbant et en maniant le fil de cuivre, pour qu'il repose exactement au point voulu ; pour cela faire recuire au besoin ce fil, afin qu'il reste bien souple.

Enlever le fil de la vis sans le changer de forme et le mettre de côté. Dégager aussi la section médiane de l'arc de la section terminale et l'enlever de la bouche, ainsi que la vis, sans changer la forme de l'arc ni ses rapports avec la vis.

Replacer l'extrémité ronde du fil de cuivre dans sa position primitive, remettre les griffes, et glisser le porte-cheville sur l'extrémité aplatie du fil de cuivre dans toute la profondeur du trou. Mettre la cheville dans le trou du porte-cheville, le crochet avec une direction labiale, et tourner ce porte-cheville pour amener l'extrémité en croissant de la cheville en forme d'entaille délicate dans la section médiane de l'arc, sa position ayant été préalablement déterminée avec soin et l'entaille faite avec soin aussi à un point directement opposé à l'orifice du tube sur le ruban contre lequel la section médiane de l'arc doit reposer et dans lequel la cheville doit s'ajuster. De cette façon la cheville est soigneusement alignée, soutenue et prête à être soudée.

Soudure convenable pour assurer l'exactitude en soudant les chevilles à l'arc.

Toute difficulté est surmontée maintenant par des morceaux de soudure de forme et de dimensions convenables. La soudure est un fil métallique très délicat dont on forme des anneaux très petits dont le diamètre intérieur est le même que celui de la cheville sur laquelle un petit anneau est glissé avant de mettre la cheville dans le support.

Ces anneaux contiennent juste la quantité suffisante de soudure, et celle-ci le nombre de carats voulu.

En fondant la soudure, la tenir en contact avec une flamme faible, la pointe de celle-ci frappant directement l'arc au-dessous de la cheville. L'entaille de l'arc doit être fine et de la dimension voulue pour engager le mieux l'extrémité mince en croissant de la cheville. Employer exactement la quantité de fondant voulu et l'anneau de soudure doit non seulement encercler l'extrémité de la cheville, mais rester en contact avec l'arc, sans quoi il n'y aura pas union entre la cheville et l'arc. La chaleur doit être appliquée lentement et également pour chauffer également la cheville et l'arc, et la température doit être élevée graduellement jusqu'au point de fusion de la soudure. Si la flamme est trop forte, elle endommagera la cheville et l'arc.

Morceaux de soudure en forme de petites tiges pour souder les tubes aux rubans.

J'ai appliqué ce principe pour la fixation des tubes aux rubans et je donne alors aux morceaux de soudure la forme de tiges minuscules. On prend chaque tige avec une brosse en poils de chameau très fine après l'avoir plongée dans un fondant liquide et on la porte à la position voulue sur le ruban. Le tube est alors mis en position et porté sur la flamme, qui doit être encore plus faible que celle employée pour souder la cheville, parce qu'il y a moins de métal à chauffer et la température doit être lentement et uniformément distribuée, afin que tube, ruban et soudure soient également chauffés. Si la flamme est trop forte, le ruban et le tube sont chauffés inégalement et la soudure fondue d'un côté avant de l'être de l'autre, ce qui déplace le tube du côté où la fusion se produit. Si le tube est légèrement déplacé pendant que la soudure fond, il vaut mieux le remettre à sa position exacte, avant de le retirer de la flamme, avec la pointe d'une aiguille à coudre ordinaire n° 10, en tenant l'aiguille avec ses doigts et non avec un porte-tire-nerfs.

Tubes de soudure pour souder exactement des jointures.

Il est parfois nécessaire d'unir, bout à bout, une section médiane de l'arc brisé ou d'allonger une section médiane en y ajoutant un segment de fil métallique du même diamètre. Pour faciliter ce travail j'ai réduit la soudure en tubes du calibre du diamètre des sections médianes de l'arc. La paroi des tubes est très mince. Ce tube de soudure est coupé en petits morceaux. On met du fondant aux extrémités des fils à joindre et l'on glisse un des petits morceaux de soudure de la moitié de sa longueur sur l'une de ces extrémités. L'extrémité de l'autre fil est alors introduite dans l'autre extrémité du

morceau et le tout est mis sur la flamme. On élève lentement la température jusqu'au point de fusion de la soudure en appliquant la flamme non pas directement sur la soudure, mais sur le fil de chaque côté, en passant d'un côté à l'autre. Les petits morceaux de soudure assurent non seulement l'apposition exacte des extrémités des fils, mais la quantité voulue et la distribution de la soudure en donnant une jointure très forte et parfaite. Les extrémités des fils à unir doivent être arrondies et s'ajuster exactement, avec une petite rainure en travers, au besoin, pour recevoir l'excédent de soudure.

Précautions en redressant l'arc.

Il n'y a pas de perte d'élasticité avec ce mode de traitement en faisant glisser ou en déplaçant les parties. En redressant les courbes dans la section médiane de l'arc de temps en temps, il importe de ne pas employer trop de force pour déplacer les dents et l'orthodontiste doit en connaître la quantité et le sens. Il importe aussi que les bouts carrés de cette section restent en relations convenables avec les trous dans les sections à vis, c'est-à-dire que si, en redressant légèrement une ou plusieurs courbes on donnait aux extrémités de la section médiane de l'arc trop de déplacement buccal ou lingual pour qu'il soit en harmonie générale avec les bouts des sections à vis, la section médiane dans la région de ses extrémités devrait recevoir une modification supplémentaire de forme pour rétablir l'harmonie avec l'ancrage quand la section médiane est de nouveau en place, de sorte qu'on évite toute douleur ou tout déplacement inutile de l'apex.

Instruments accessoires.

Pour courber et redresser la section médiane de l'arc, j'ai imaginé des pinces spéciales.

Pour pratiquer dans cette section l'encoche destinée à recevoir l'extrémité en croissant de la cheville pendant la soudure, j'ai imaginé une lime à tranche très délicate, de même une fraise pour élargir l'ouverture des petits tubes et un petit ciseau pour enlever autour de la base de la cheville tout excès de soudure qui empêcherait la fixation de la cheville dans le tube.

(L'auteur présente l'appui de sa communication, les moulages de quelques cas traités avec ses appareils perfectionnés en ajoutant que ces résultats n'auraient pas pu être obtenus par les méthodes de traitement appliquées antérieurement).

(*Dental Cosmos*, février 1913.)

RÉGRESSION DENTAIRE ET TUBERCULOSE

Par A. Therre.

Parmi les anomalies numériques des dents, l'absence des incisives latérales supérieures, qu'il s'agisse de régression vraie ou de pseudo-régression, compte certainement parmi les plus fréquentes et a été indiquée par de nombreux auteurs : Quellen, Leroy d'Etioles, Tomes, Magitot, Galippe, Buisseret. Amidea, de l'examen de 2000 crânes, a constaté six fois l'absence d'une incisive latérale, deux fois l'absence bilatérale. Cette anomalie viendrait, par ordre de fréquence, immédiatement après la dent de sagesse. Et pour quelques auteurs même (Le Double), elle serait plus fréquente.

Ainsi étudiée, en tant qu'anomalie proprement dite, la régression des incisives latérales supérieures, a été interprétée diversement au point de vue pathogénique. Et tandis que les uns, avec Galippe[1], insistaient sur l'hérédité, ou en faisaient, avec Buissaret[2], le plus souvent l'aboutissant d'un trouble trophique d'origine nerveuse ou infectieuse[3], d'autres, et c'est le plus grand nombre, en faisaient un stigmate d'hérédo-syphilis (Chompret[4], Gaston Gosselin, Fournier).

Et c'est parce que nous croyons que d'autres causes peuvent intervenir, parmi lesquelles la *tuberculose* ou *l'hérédo-tuberculose* que nous rapportons les observations suivantes, qui nous serviront à faire quelques déductions au sujet des rapports qui peuvent exister entre les anomalies dentaires par défaut et la tuberculose.

Observation I (Résumée).

Absence familiale mais non héréditaire des deux incisives latérales chez des hérédo-tuberculeux.

M. P... 65 ans. Rien de particulier.

Mme P... Rien à signaler dans sa jeunesse. A eu sept enfants. Entre le quatrième et le cinquième, a eu une pleurésie tuberculeuse ponctionnée. Après son cinquième enfant, première poussée de tuberculose pulmonaire. A eu encore deux grossesses menées

1. Hérédité des anomalies des maxillaires et des dents, 1902.

2. Absence des incisives latérales supérieures dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. *Journal médicale de Bruxelles*, 1898.

3. D'après Lombroso, on note cette anomalie chez 7 °/° des homicides (Dallemagne, Stigmates anatomiques de la criminalité).

4. Société de Dermatologie de Paris, 10 décembre 1896, *Semaine médicale*, 10 décembre 1896.

difficilement à terme, et est morte quelques mois après la naissance de son dernier enfant.

Pas de syphilis. — Les quatre premiers enfants se portent bien et ne présentent rien de particulier au point de vue dentaire.

Mlle P-1..., 22 ans, cinquième enfant. A toujours eu une santé délicate. A eu dans sa vie plusieurs périodes d'anémie assez accusée. Pas de signe de tuberculose pulmonaire. Elle fait néanmoins l'impression d'une prétuberculeuse. Pas d'hérédo-syphilis.

Caries dentaires multiples. Diminution de volume avec carie pénétrante des dents de sagesse supérieures. Et surtout régression totale des deux incisives latérales supérieures, confirmée par la radiographie 1.

Radiographie du maxillaire supérieur de Mlle P-1. — Obs. 1.

M. P-2..., 20 ans, frère de Mlle P-1... Bonne constitution. Va faire son service militaire. Son bon état de santé s'explique peut-être parce qu'il a été nourri au sein par une nourrice et a toujours habité la campagne.

Petites caries dentaires et absence des incisives latérales supérieures. — Radiographie impossible à obtenir.

Mlle P-3..., 17 ans, sœur des deux précédents et dernier enfant. Présente le type de l'infantilisme ; petite, atrophiée pour ainsi dire. A toujours été non pas malade, mais malingre.

Au point de vue dentaire, on remarque quelques petites caries non pénétrantes et une carie très avancée avec destruction d'une partie de la racine de l'incisive centrale droite et de la canine gauche. Il reste la canine droite. — Absence des deux incisives latérales. — Radiographie impossible à avoir. — A la demande de la patiente, je fais l'extraction des deux dents cariées en vue de la pose d'un appareil de prothèse.

Mlle P-1... m'affirma que la dentition temporaire était également incomplète et elle se rappelle fort bien cette absence des incisives latérales de lait chez sa plus jeune sœur.

Observation II (Résumée).

Mme C..., 26 ans.

Antécédents héréditaires :

Père bien portant.

Mère morte tuberculeuse à l'âge de 40 ans.

Un frère et une sœur morts en bas-âge, l'un de méningite, l'autre d'affection indéterminée. — Aucun stigmate de syphilis.

Radiographie de Mme C...

A une autre sœur, atteinte d'entérite chronique (probablement tuberculeuse) et de bronchite tuberculeuse pour laquelle elle a fait plusieurs séjours dans un sanatorium.

Antécédents personnels :

Pas de maladie saillante dans sa vie. Se souvient toutefois d'avoir

eu de nombreuses adénites cervicales dans son enfance. A toujours été maigre.

Au point de vue dentaire, il y a :

1° De multiples caries avec destruction presque complète de la couronne ;

2° Des érosions sur les premières molaires, sur les incisives centrales et un peu sur les canines ;

3° L'absence des latérales supérieures. La radiographie montre qu'il s'agit bien de régression vraie. — Mme C... ne sait dire si sa première dentition était complète.

Observation III (Résumée).

Mlle M..., 20 ans.

Antécédents héréditaires :

Père vivant et très bien portant.

Mère morte il y a une dizaine d'années, des complications d'un mal de Pott. Celle-ci avait, dans son enfance, été atteinte de coxalgie avec abcès froids.

Mlle M... n'a jamais été malade. Elle fait plutôt l'impression d'avoir une bonne santé. Pas de signes de syphilis.

Au point de vue dentaire on remarque, en dehors de quelques petites caries :

1° La persistance de la première et de la deuxième molaire de lait à gauche et de la deuxième seulement à droite ;

2° L'absence des deux incisives latérales supérieures.

Mlle C... nous affirme qu'à sa première dentition, il manquait également ces dents. Mais nous n'en avons pas d'autres preuves de même qu'il nous a été impossible de faire une radiographie du maxillaire supérieur.

Mlle M... a une sœur, mais seulement du même père, qui possède une dentition que nous avons vue complète.

De ces observations, il ressort très nettement ce fait que la tuberculose se trouve dans les ascendants directs des porteurs de cette anomalie : l'absence des incisives latérales supérieures. L'observation I et III sont mêmes très démonstratives à ce sujet. Dans la première, en effet, les quatre premiers enfants, issus de parents sains, ne présentent pas d'anomalie ; entre le quatrième et le cinquième enfant, la mère est envahie par le poison tuberculeux et les trois enfants qui viennent ensuite présentent la même anomalie. Dans l'observation III, Mlle M..., issue de père sain, mais de mère tuberculeuse, présente une régression des incisives. La sœur, issue du même père, mais n'ayant pas la même mère, présente une dentition complète.

Il en est de même pour l'observation II. Comme nous avons recherché toutes les autres causes hérédo-syphilis, diathèses, et

comme d'autre part la tuberculose nous est apparue comme une notion constante dans ces observations. nous avons été amenés à établir entre elles et cette anomalie une relation de cause à effet.

Comment la tuberculose peut-elle produire l'absence des dents en général, des incisives latérales en particulier ?

Nous éliminons d'emblée l'influence de l'hérédité qui ne saurait nous fournir une explication suffisante. Celle-ci peut transmettre une anomalie, mais ne saurait la créer. Et, en remontant à l'origine, de nouveau le problème se pose et demande à être résolu par autre chose que l'hérédité.

Eliminés aussi sont les traumatismes de cette région, qui pourraient à la rigueur chez les tuberculeux ou des prédisposés, amener des troubles inflammatoires ou suppuratifs provoquant l'absence de ces dents. Mais ces faits, s'ils existent, doivent être d'une extrême rareté, et peuvent être négligés.

Ceci dit, on comprend que l'action de la tuberculose sera différente suivant qu'il s'agira de pseudo-régression ou de régression vraie.

Dans le premier cas, ce seront en général des déformations du maxillaire supérieur (atrésie, voûte ogivale), qui amèneront de la compression des follicules ou des dents et empêcheront leur éruption de se faire. Ces déformations sont dues le plus souvent à la présence des végétations adénoïdes, à l'hypertrophie des amygdales, affections fréquentes chez les enfants débiles, anémiés, scrofuleux, disait-on autrefois, candidats à la tuberculose, pour ne pas dire tuberculeux, dirait-on aujourd'hui, affections occasionnant souvent des troubles de la respiration qui ne sont pas sans importance au point de vue des positions dentaires [1] et du développement des os de la face, du maxillaire supérieur en particulier. Et celui-ci, incomplètement développé ou de forme anormale sera quelquefois la cause de fausses régressions dentaires. Il est juste de dire que si ces diverses causes ont une certaine importance pour quelques dents, il ne doit qu'en être assez rarement ainsi pour les incisives latérales supérieures qui ont, pour faire leur éruption, tout l'espace laissé libre entre l'incisive centrale et la première prémolaire.

Quand il s'agit de régression vraie, la tuberculose peut agir de différentes façons :

1° En *empêchant la formation* du follicule dentaire. Celui-ci au début, est schématiquement composé d'un sac fibreux, comprenant la papille, ou vaisseaux nourriciers, chargés d'apporter

---

1. STANTON. — *Zeit. für Zahn. Orthopedie*, nov. 1910.
HERBEST. Importance de la respiration sur la position des dents. — *Zeit. für Zahn. Orthopedie*, mai 1910.

les matériaux d'édification ; la papille est elle-même entourée de la couche d'odontoblastes, grandes cellules à prolongements, chargés de sécréter l'ivoire sous forme de grains, dits grains dentinaires qui viennent se placer sous la couche des adamantoblastes qu'entourent eux-mêmes la pulpe de l'émail, bordée par la membrane de Nasmyth. Ce développement du follicule n'est autre en somme, qu'un processus de calcification. Or, quel que soit le mode de formation de ces sels de chaux ; qu'il s'agisse d'un simple travail d'élaboration, de transformation à l'intérieur des odontoblastes (Raynde, Waldeyer, Boll, Lionel, Brale, Tomes), ou d'une véritable sécrétion au sein de ces cellules (Kolliker, Lent, Renaut), le résultat est le même. Les vaisseaux de la papille apportent, venant de la circulation générale, les matériaux dont les odontoblastes ont besoin pour élaborer et sécréter ou excréter l'ivoire. Si cet apport de matériaux vient à manquer, ce travail d'élaboration et de sécrétion de dentine ne se fait pas et le follicule ne se forme pas. Or, d'après la théorie d'Albert Robin, disant que dans toutes les maladies infectieuses et dans toutes les anémies et les asthémies chroniques, l'organisme se déminéralise, c'est-à-dire élimine une quantité exagérée de substances minérales ; et d'après Ferrier, qui a montré que, surtout dans la tuberculose, il y avait décalcification des os et des dents, il est facile de comprendre qu'une mère tuberculeuse qui ne peut déjà pas se « calcifier » normalement, ne pourra qu'encore moins donner ce qu'il faut en sels de chaux à son produit pour édifier et ses os et ses dents. Et ce sera tel ou tel follicule dentaire (dent de sagesse, incisive latérale), qui ne se formera pas, parce qu'il y aura là, comme nous le verrons plus loin, des conditions anatomiques ou physiologiques favorables. Cette absence de follicules serait à rapprocher de l'onycatrophie, ou absence des ongles, congénitale ou acquise.

2° La tuberculose peut encore agir sur le follicule dentaire, en amenant sa disparition, *son atrophie*. Le follicule au début est un organe jeune qui n'a pas, il s'en faut, la force de résistance d'un follicule adulte. Les toxines tuberculeuses circulant dans le sang, vont venir impressionner les odontoblastes et les paralyser pour ainsi dire. Et tandis que dans le premier cas, nous n'avions aucune formation de follicules, ici nous avons un organe qui va s'atrophier et :

a) Tantôt se formera en tissus fibreux ;

b) Tantôt disparaîtra complètement sans laisser aucune trace. « Les éléments constituant du follicule, quelle que soit sa période d'évolution, sont résorbés par le système vasculaire périphérique de la même manière que tant d'autres tissus, ou élé-

ments nouveaux ou pathologiques » Magitot. *Traité des anomalies dentaires chez l'homme et les animaux* ;

c) Tantôt enfin se subdivisera pour ne laisser persister que quelques fragments dont on a retrouvé les débris un peu partout, mais surtout au niveau des canines supérieures (Berten).

Ce fait d'atrophie du follicule, partiellement ou complètement formé, n'est pas une simple vue de l'esprit. Et l'on peut attribuer aux diathèses, dont la tuberculose, le fait démontré par les expériences sur les greffes dentaires de Legros et Magitot [1], qui ont vu plusieurs fois la disparition par résorption de follicules entiers contenant des parties dures d'ivoire et d'émail à un degré de développement assez avancé, ainsi que les expériences intéressantes de Gley et Charrin sur les malformations héréditaires obtenues chez les animaux dont les parents ont été soumis à l'action de toxines.

Dans toutes ces différentes influences de la tuberculose, nous ne parlons que du pouvoir toxinique de cette affection. Car, contrairement à ce qui a été fait pour la syphilis, où on a constaté la présence du spirochète dans les germes dentaires d'un hérédo-syphilitique [2]; jamais, à notre connaissance, on n'a trouvé le bacille de Koch dans ces organes. La raison en est aussi que, jamais peut-être, il n'y a été cherché ;

3° La tuberculose peut encore agir sur le follicule dentaire en *diminuant sa vitalité*, et cela, en produisant chez lui des troubles de nutrition qui ne sont autres que des troubles de calcification. Tantôt, ces troubles se localiseront à l'émail, où la substance interprismatique sera plus abondante (Zigsmondy), alors que d'autres fois on trouvera, entre les prismes, des cellules qui ne seront que des adamantoblastes dégénérés, atrophiés, n'ayant pu remplir leur but (Géro Rudas) ; tantôt ils se trouveront dans l'ivoire sous différents aspects : espaces de Czermack, zones incalcifiées (Dumont et de Nevrezé), dentine globuleuse (Capdepont), vacuoles de l'ivoire, comme on en voit dans l'érosion des dents temporaires (Theuveny).

Tous ces troubles apportés dans l'édification du follicule dentaire vont mettre celui-ci en état de moindre résistance, de méiopragie fonctionnelle. Il suffira d'une affection générale à un moment donné pour en amener l'atrophie, qui sera d'autant plus facile et rapide que les lésions seront plus profondes ;

4° Parfois enfin, c'est en agissant sur le système nerveux central que les toxines tuberculeuses détermineront des troubles folliculaires. C'est une notion classique en médecine générale que la

1. Compte rendu de l'Académie des Sciences, séance du 2 février 1874.
2. Pasini. *Archives de Stomatologie*, décembre 1908.

connaissance de leur action sur les centres pour donner à la périphérie des troubles soit moteurs, soit sensitifs, soit surtout trophiques, synthétisés sous le nom de myélites, maladies de Raynaud, névralgies sciatiques[1] faciales[2]. Dans le cas qui nous occupe plus particulièrement, l'absence des incisives latérales, cette action sur le système nerveux servirait à expliquer la bilatéralité fréquente de la lésion.

Toutes les considérations sur les rapports de la tuberculose et de la régression dentaire, ne nous expliquent pas la fréquence de l'absence des incisives latérales. Car, si la tuberculose, comme toute dyscrasie d'ailleurs, frappe le follicule de telle dent de préférence, c'est qu'il y a des raisons qui, pour l'incisive latérale, sont d'ordre à la fois anatomique et physiologique.

I. — Situation anatomique.

Par sa position, en effet, et par les phases diverses de l'évolution de la région dans laquelle elle est placée, cette dent se trouve dans des conditions anatomiques un peu spéciales. Car, que l'on admette au point de vue embryologique les théories de Gœthe, Coste, Albrecht, et qu'il y ait deux ou, ce qui est plus probable, quatre os intermaxillaires, dont le point de réunion se fait par des fentes qui passeraient entre l'incisive centrale et la latérale entre celle-ci et la canine, ou qui isoleraient la latérale des portions osseuses qui soutiennent les deux dents adjacentes ; quelle que soit la théorie adoptée, il ressort de ces considérations que c'est autour de la latérale que se fait tout ce travail de formation ; elle est en quelque sorte le pivot de ces modifications embryologiques. Et l'on comprend aisément qu'une situation comme celle figurée sur le schéma ci-joint, l'isole en quelque sorte et la mette dans un véritable état d'infériorité anatomique. Et cet état d'isolement normal au début, pourra, qu'il s'agisse d'un terrain tuberculeux, héréditairement ou non, persister longtemps, par suite du défaut de coalescence des os. Longtemps après la naissance on distinguera les os intermaxillaires, alors qu'à la naissance, à l'état normal, c'est à peine si, à la face palatine, on voit un « sillon qui, partant du tiers antérieur de l'orifice palatin antérieur, se dirige transversalement suivant une ligne sinueuse vers le milieu du bord alvéolaire de la canine » (Ducournau).

II. — Mode de nutrition.

L'incisive latérale appartient, nous l'avons vu, à la région incisive, dont la circulation a été bien étudiée[3]. « Les incisives re-

1. Villedieu. De la Sciatique tuberculose. Th. Lyon, 1902.
2 Vaissade. Névralgie faciale tuberculeuse. Th. Lyon, 1902.
3. Ducournau. Nécrose de l'os incisif. Thèse Paris, 1907.

çoivent leur nutrition de l'alvéolaire antérieure, branche de la sous-orbitaire, qui envoie en même temps un rameau orbitaire à la canine. » L'incisive centrale serait moins souvent frappée dans la formation de son follicule parce que l'artère qui la nourrit s'anastomose largement avec celle du côté opposé. Dans la latérale, au contraire, il n'y a que peu de pas d'anastomoses et elles existent encore bien moins quand il y a défaut de coalescence entre les fragments intermaxillaires, comme c'est le cas chez les débilités ou les tuberculeux.

D'autre part, la forme de ces vaisseaux, qui est très sinueuse, semblerait favoriser à ce niveau l'arrêt des microbes ou de leurs toxines. Et il n'est pas défendu de penser que la tuberculose pourrait produire au niveau de ces vaisseaux des phénomènes de thrombose ou de phlébite, comme cela se voit ailleurs, quelquefois comme la première manifestation de l'infection par le bacille de Koch.

En résumé, défaut d'éruption par suite du manque de développement du maxillaire, dû à des troubles nutritifs, dont la scrofule, autrefois, la tuberculose aujourd'hui, est responsable ; d'autre part, troubles de nutrition dans l'élaboration du germe dentaire ou, celui-ci complètement développé ou non, troubles de nutrition dus aux bacilles de Koch ou à leurs toxines, amenant dans le germe dentaire un état de désintégration, de décalcification et, par suite, de méiopragie telle qu'au moindre trouble de l'économie il sera détruit : voilà ce que fait la tuberculose. Et comme elle trouve dans la région des incisives, en particulier de l'incisive latérale, une zone qui subit, au point de vue embryologique, des bouleversements tels qu'elle sera en quelque sorte isolée et que la circulation en sera gênée, on comprend aisément cette régression fréquente de ce groupe de dents. Cette anomalie par défaut n'est, à tout prendre, qu'un côté particulier et bien minime de ces atrophies qu'on a observées chez les hérédo-tuberculeux, où tous les organes sont plus ou moins frappés et qu'on connaît en pédiâtrie sous le nom de « syndrome infantile psycho-neuro-musculaire » (Collin). Et, en somme, la tuberculose n'agit pas ici autrement que ne le font toutes les dystrophies qui, « tantôt atteignent l'élément anatomique immédiatement frappé de mort ou altéré au point que les échanges moléculaires deviendront impossibles dans leur trame désorganisée ; tantôt mettent obstacle à l'apport du sang, de sorte que le territoire n'étant plus irrigué, meurt » (P. Reclus).

(*Province Dentaire.*)

L'OUVERTURE BUCCALE DES ABCÈS SOUS-MAXILLAIRES D'ORIGINE GANGLIONNAIRE

Par H. MORESTIN,

Professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Bichat.

Le traitement des abcès chauds d'origine ganglionnaire, évoluant dans la région sous-maxillaire, est établi d'une façon si nette et si parfaitement conforme aux règles élémentaires de la chirurgie, qu'il peut paraître téméraire de vouloir apporter un changement quelconque à une pratique excellente, et consacrée par l'expérience journalière. Il est certain qu'une incision sus-hyoïdienne horizontale ou légèrement oblique sur la partie la plus saillante de la tuméfaction donne un accès facile sur la collection, dont l'ouverture est suivie d'une guérison constante, et il n'y a évidemment rien à redire à cette conduite sage et logique.

Et cependant, l'incision directe a un inconvénient, léger sans doute dans la plupart des cas, mais qui, dans certaines circonstances, peut et doit être regardé comme très sérieux. L'incision laisse une cicatrice proportionnée à son étendue ; cette cicatrice est souvent déprimée ; elle peut être plus ou moins large, épaisse et irrégulière. Chez l'homme, la barbe dissimule souvent cette marque. S'il est imberbe, il en peut prendre assez légèrement son parti. Mais chez une femme, et par ailleurs plaisante, la cicatrice fut-elle très réduite, est toujours une disgrâce, souvent très pénible et parfois presque un désastre.

Il est donc un certain nombre de personnes auxquelles, en évitant cette cicatrice, témoin fort gênant de l'acte opératoire, on rendra un très réel service.

Or, il est heureusement possible d'évacuer et guérir ces abcès sous-maxillaires sans qu'aucune trace extérieure vienne trahir ni le siège de la maladie, ni l'incision exigée pour sa guérison.

Pour cela, il suffit d'intervenir par la bouche.

Il y a déjà longtemps, j'ai soutenu cette opinion à la Société de chirurgie [1], en présentant à l'appui une jeune fille heureusement traitée.

Depuis cette époque, je n'ai eu que deux fois l'occasion de rencontrer des adéno-phlegmons sous-maxillaires chez des personnes dignes de la chirurgie esthétique. Ces deux malades ont été opérées par la voie buccale, et toutes deux ont admirablement guéri dans un très court délai.

---

1. 7 juillet 1909.

Malgré ce petit nombre d'observations, je crois pouvoir affirmer non seulement que l'intervention est utile et bonne, mais qu'elle n'offre rien à l'imprévu, qu'elle est relativement simple et enfin qu'elle est dépourvue de danger.

C'est à soutenir ces propositions que je veux consacrer ce court article.

***

Je rapporterai tout d'abord mes observations.

Dans le cas que j'ai présenté jadis à la Société de chirurgie, il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, d'une figure agréable, entrée à l'hôpital Tenon, le 19 juin 1909, et présentant les signes habituels d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire du côté droit,ayant eu pour point de départ vraisemblable une conjonctive légère.

Toute la région sus-hyoïdienne latérale était empâtée. La peau présentait une coloration rosée et par le toucher buccal on pouvait percevoir une induration profonde du plancher, sans qu'il y eût toutefois altération ni adhérence de la muqueuse.

Pendant les trois jours que la malade resta en observation, tous ces symptômes s'accusèrent de plus en plus nettement.

Le 22 juin, la malade fut endormie. Les mâchoires furent maintenues écartées par un ouvre-bouche. Je fis sur le plancher, contre la branche horizontale de la mâchoire, une incision qui traversa la muqueuse et les parties molles infiltrées qui la séparaient de la coque de l'abcès. Le pus jaillit : c'était du pus bien lié, verdâtre, très fétide, dont la quantité pouvait être évaluée à une grande cuillerée à bouche. Le pus abstergé, l'incision fut agrandie en arrière de façon à ce que la poche fut bien largement ouverte : par là, nous entendons que l'ouverture buccale avait environ 6 c/m. La poche fut très soigneusement vidée, de façon à n'y pas laisser une goutte de pus, puis nettoyée à l'éther, et enfin bourrée de gaze iodoformée. Ce pansement fut renouvelé au bout de deux jours et ensuite quotidiennement.

Les suites furent des plus heureuses. Le gonflement qui s'étendait, d'une part, jusqu'au milieu de la joue et d'autre part, jusqu'à la région sous-maxillaire du côté opposé, disparut promptement, la plaie se réduisit tellement vite qu'au huitième jour il ne fut plus possible d'y introduire une mèche et, qu'au douzième, la cicatrisation était obtenue.

Nos autres observations sont presque de tous points superposables à celle-ci.

Marie M..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital Tenon, dans mon service le 8 juillet 1912.

Quelques semaines auparavant, la malade, dont quelques dents laissent à désirer, commença à souffrir de la deuxième grosse molaire inférieure gauche. Cette dent était cariée depuis quelque temps déjà.

La dent de sagesse correspondante n'avait pas fait complètement son éruption et restait recouverte incomplètement par un capuchon muqueux. Le dentiste consulté pratiqua l'extraction de la dent cariée et la cautérisation au thermo-cautère du capuchon de la dent de sagesse.

Les jours suivants, on n'observa rien de bien particulier, la plaie résultant de l'extraction se cicatrisa et l'escarre résultant de la cautérisation pratiquée sur l'opercule de la dent de sagesse se détacha. Mais un peu plus tard, une vingtaine de jours environ après cette intervention, apparut, dans la région sus-hyoïdienne gauche, une petite masse arrondie au niveau de laquelle la pression directe et aussi les mouvements de déglutition déterminaient une certaine gêne douloureuse.

Peu à peu, mais assez rapidement, cette masse augmenta de volume, perdit de sa mobilité, devint de plus en plus douloureuse, si bien qu'au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, toute la région sus-hyoïdienne était empâtée, occupée par une tuméfaction débordant le maxillaire, au niveau de laquelle la peau était tendue et rosée. A la palpitation, toute cette région était ferme, offrant une résistance uniforme.

L'empâtement débordait de tous côtés la région sous-maxillaire pour envahir la joue en haut, en avant dépasser la ligne médiane. Nulle part on ne sentait de fluctuation nette.

La pression était partout très douloureuse, mais surtout un peu au-dessous et en avant de l'angle de la mâchoire, au point qui répondait d'ailleurs au maximum de la tuméfaction.

Le diagnostic était évident et même grossier.

La malade redoutant beaucoup d'être opérée nous demanda de patienter quelques jours, si bien que l'on dut attendre jusqu'au 13 juillet pour évacuer la collection purulente dont, malgré l'absence de fluctuation, l'existence nous paraissait certaine. A ce moment, la tuméfaction avait encore augmenté : la peau était devenue rouge ; l'empâtement avait envahi le plancher de la bouche, et l'index, introduit dans le sillon glosso-gingival, percevait une induration assez nette.

La malade avalait avec la plus grande difficulté. Elle était fort abattue par les douleurs, la privation de sommeil, l'impossibilité de déglutir sans souffrance, même de déglutir la salive. Enfin la température oscillait entre 38 et 39°.

Le 13 juillet, j'opérai la malade. Elle fut endormie ; la résolution obtenue, la tête fut défléchie et même mise en attitude presque pendante. En outre, je plaçai un écarteur des mâchoires et pus attirer la langue, à l'aide d'un tracteur, du côté opposé à la lésion.

Ayant ainsi exposé la partie gauche du plancher buccal et reconnu l'induration profonde du plancher au voisinage de la mâchoire, j'incisai la muqueuse le long de la branche horizontale du maxillaire dans toute l'étendue des petites molaires, des grosses molaires, et même au delà de celles-ci en arrière.

Ayant traversé la muqueuse, j'enfonçai le bistouri dans la profon-

deur, vers l'induration que j'avais soupçonnée par le toucher, et dissociai les tissus avec la sonde cannelée.

Je traversai des tissus infiltrés, œdématiés, assez épais, qui me séparaient de la collection, et au bout de quelques instants, je vis jaillir le pus en abondance, pus jaune grisâtre, extrêmement fétide. J'avais eu soin de disposer des compresses en arrière de l'incision pour recueillir le sang et le pus : le pus fut vivement abstergé, recueilli au fur et à mesure sur de nouvelles compresses. Quand l'écoulement commença à se modérer, l'ouverture faite à la poche fut agrandie avec les ciseaux de façon à créer une large voie permettant d'explorer, de nettoyer complètement cette poche, ce que je fis très minutieusement. Les parois de la cavité furent touchées avec de la teinture d'iode. Je terminai par un tamponnement très exact avec de la gaze iodoformée.

L'ensemble de ces manœuvres n'avait nécessité que quelques minutes.

Les suites de l'opération furent de la plus heureuse simplicité.

Pendant les trois ou quatre premiers jours, la malade ne prit que des tisanes et de l'eau bouillie. Le lait ne fut autorisé qu'au cinquième jour.

Le 19, j'enlevai les dernières mèches ; le 24, la malade pouvait être considérée comme guérie.

Et ce fut une chose merveilleuse que de voir avec quelle rapidité disparurent la rougeur de la peau, l'œdème, l'empâtement, le gonflement sous-maxillaire. Il est à noter que la malade n'a conservé aucune gêne des mouvements de la langue ; qu'elle ne présente aucun trouble ni de la mastication, ni de la déglutition, ni de l'élocution. Bref, elle a guéri dans des conditions véritablement idéales, ne conservant aucune trace apparente de l'opération subie, alors que les téguments étaient déjà menacés.

A peu près à la même époque, nous avons observé un cas tout à fait identique qui, traité de la même manière, a guéri, dans les mêmes conditions favorables.

La malade, âgée de 18 ans, Alphonsine G..., employée de commerce, est entrée à l'hôpital Tenon dans mon service, le 19 juillet 1912.

La malade présentait tous les signes d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire du côté gauche : grosse tuméfaction occupant toute la région et dépassant en avant la ligne médiane, en haut le rebord du maxillaire inférieur. Peau tendue et rougeâtre. Empâtement œdémateux de consistance ferme : douleur très vive à la pression. Température oscillant entre 37° 8 et 38° 5.

Les douleurs spontanées sont cependant très peu vives : l'écartement des mâchoires est un peu difficile : on peut néanmoins explorer sans trop de peine la cavité buccale et constater un empâtement profond entre la langue et la face interne de la mâchoire, mais un empâtement assez lointain, et la muqueuse à ce niveau a conservé sa consistance, sa mobilité et sa coloration normale. Le diagnostic

d'adéno-phlegmon ne fait point de doute et le point de départ de cette lésion paraît être une dent cariée, bien que la malade n'ait eu du côté de cette dent aucune crise douloureuse récente.

Le 21 juillet, j'opère la malade, tête en bas, les mâchoires écartées, la langue fortement attirée du côté sain par un tracteur La muqueuse buccale est incisée dans le sillo glosso-gingival à partir de la première grosse molaire et cette incision est prolongée en arrière au delà de la dernière molaire.

Après avoir traversé la muqueuse et le tissu conjonctif sous-muqueux, j'enfonce vers la profondeur une sonde cannelée, en la dirigeant en bas et en dehors vers le bord inférieur de la mâchoire et la région sous-maxillaire, en dissociant les tissus par des mouvements antéro-postérieurs.

Après quelques tâtonnements, la sonde pénètre dans la loge purulente, et, immédiatement on voit jaillir le pus.

Le pus est abstergé promptement et l'on peut sans trop de peine l'empêcher de couler dans le pharynx. L'index est introduit dans la plaie, reconnaît la cavité de l'abcès, et, à la faveur de cette exploration, la poche est débridée en arrière dans l'étendue convenable, pour assurer son nettoyage facile et complet. A l'aide de petites compresses montées, j'enlève les dernières traces de pus.

Puis la cavité est nettoyée à la teinture d'iode et bourrée de lanières de gaze iodoformée.

Cette fois encore, les suites opératoires furent très favorables, et au bout d'une dizaine de jours, la guérison était complète.

* * *

Ainsi, voilà des cas en apparence défavorables, où l'intervention externe semblait tout à fait de rigueur, et qui ont guéri en peu de jours avec la plus heureuse simplicité.

A ce point de vue même, on peut affirmer que l'ouverture cutanée n'aurait pas donné une cicatrisation plus prompte, n'aurait pas eu des conséquences plus bénignes.

Il serait puéril de nier que l'acte opératoire conduit de cette façon est un peu plus délicat que l'incision externe. Le tout est de mettre en balance les petites difficultés et les petits ennuis résultant de l'emploi de cette technique et les avantages qu'on en peut attendre. Aussi bien, allons-nous exposer notre technique en entrant dans quelques détails, ce qui nous permettra d'examiner impartialement les critiques que l'on pourrait théoriquement lui adresser, et de montrer qu'en réalité on ne saurait lui faire aucun reproche sérieux, étant bien reconnu d'avance que ce manuel opératoire est forcément un peu plus compliqué et nécessite un peu plus de soin que l'opération courante, et qu'il s'agit d'une chirurgie d'exception, légitime seulement dans des conditions déterminées.

L'anesthésie générale nous paraît nécessaire. Le sujet est en-

dormi jusqu'à résolution complète, il est indispensable d'éclairer complètement la région du plancher buccal, et pour cela il faut que les mâchoires soient fortement écartées.

Sans anesthésie, il serait très difficile d'obtenir cet écartement qui, dans tous les cas, ne serait obtenu qu'au prix de vives souffrances.

Pour bien exposer et rendre accessible le champ, il est encore nécessaire de fortement récliner la langue. Pour cela, on peut avoir recours soit à des tracteurs métalliques, comme les tracteurs à grilles superposées que j'ai fait construire, qui fournissent une prise excellente et tiennent cependant peu de place, ou bien encore au passage de deux ou trois fils de soie à travers la langue et au niveau de son bord, du côté de la lésion.

On recherche, du bout du doigt, si on ne perçoit pas une induration profonde du plancher dans la partie qui correspond au maximum de la tuméfaction extérieure.

Il est fréquent de constater un changement de consistance des tissus, une certaine résistance qui renseigne sur le point le plus abordable de la collection. La réclinaison de la langue et l'écartement de la mâchoire rendent cette exploration relativement facile. Mais ne sentirait-on rien, absolument rien, qu'il n'y aurait pas lieu, le moins du monde, de renoncer à la voie d'accès buccale.

Que l'abcès soit plus ou moins proche de la muqueuse buccale, que sa recherche soit un peu plus ou moins aisée, on doit pouvoir, par une recherche méthodique, l'atteindre et l'évacuer.

La collection purulente se trouve toujours entre l'angle et la première petite molaire ; on a une sorte de repère extérieur dans le maximum de la tuméfaction auquel correspondent la rougeur la plus intense et la douleur la plus aiguë. C'est en regard du sommet de la voussure extérieure que l'on aura les plus grandes chances d'atteindre en dedans la loge purulente.

L'espace glosso-gingival étant bien exposé, la muqueuse, presque toujours souple et encore mobile, est incisée le long de la mâchoire. Quand on a perçu une induration, il suffit alors de se laisser guider par elle, d'enfoncer le bistouri dans cette direction en traversant sans hésiter toutes les parties molles intermédiaires.

Sans doute, dès que l'on a commencé à inciser la muqueuse, le sang vient masquer en partie le champ opératoire ; il faut éponger fréquemment, profiter de l'éclaircie fugace qui suit chaque coup d'éponge, et surtout agir avec rapidité et précision.

On doit pénétrer dans la profondeur, vers le siège présumé de la collection, c'est-à-dire en se portant en bas et en dehors, comme si l'on voulait atteindre et découvrir le bord inférieur de la mâchoire. Au bout d'un temps très court, forcément, on doit rencontrer la

collection, et aussitôt que l'instrument, bistouri, sonde cannelée, pince de Kocher, dont on se sert pour aller à sa recherche, y a pénétré, on voit le pus jaillir d'autant plus que la pression est fortement augmentée par l'abaissement de la mâchoire.

Le premier jet de pus est recueilli par la compresse, dont on a dû faire une sorte de barrage au niveau de l'isthme du gosier et de la base de la langue ; cette compresse doit être immédiatement remplacée par une autre et celle-ci par une troisième ; c'est ici surtout qu'il faut agir avec netteté et rapidité.

Très rapidement l'écoulement se modère et l'on peut alors recueillir ce qui reste de pus dans la poche en y introduisant de petites compresses ou des tampons.

Si l'on s'en tenait là, l'opération serait la plupart du temps insuffisante, et l'on pourrait craindre la stagnation et la rétention.

Aussi, est-il convenable d'agrandir l'ouverture et de lui donner même des dimensions en apparence considérables : l'expérience prouve que la guérison n'en est que plus rapide, et que ces grandes incisions endo-buccales se réparent avec une merveilleuse facilité.

Par cette grande fente para-linguale, on a un large accès dans la cavité suppurante. On peut en extraire jusqu'à la dernière gouttelette de pus, promener dans tous ses recoins des tampons et des compresses, et y porter de puissants antiseptiques tels que l'éther ou la teinture d'iode.

Pour finir, toute l'excavation vide de pus et la plaie sus-jacente sont bourrées de mèches iodoformées ; ce tamponnement a pour but d'arrêter l'hémorragie, puis d'empêcher la salive de pénétrer dans la poche et d'y stagner ; enfin, il permet à la cavité de se cicatriser avant que la plaie buccale ne soit refermée.

Et c'est là toute l'opération.

Il n'est besoin d'aucun pansement extérieur ; les soins consécutifs sont eux-mêmes beaucoup moins difficiles qu'on ne pourrait le croire, puisqu'il suffit de retirer doucement les mèches au bout de deux ou trois jours et de les remplacer par d'autres qui s'enfoncent moins profondément.

Et cela pendant très peu de temps, puisque ce traitement consécutif, qui d'ailleurs, se simplifie chaque jour, ne dépasse guère une semaine.



Les objections que l'on peut faire à une telle pratique viennent immédiatement à l'esprit et, tout le premier, j'ai dû me les adresser à moi-même.

L'ouverture buccale peut tout d'abord sembler d'une exécution malaisée.

On pourrait croire que l'abcès est loin, très loin de la muqueuse buccale, puisque toutes les manifestations de la lésion sont extérieures ; qu'il est très rare de voir de l'œdème du plancher, que c'est là un phénomène tardif observé seulement dans les adéno-phlegmons graves, ou chez les malades auxquels on a fait trop longtemps attendre l'intervention.

Mais cette notion anatomo-pathologique n'est pas complètement exacte. En réalité, l'abcès, quand il est bien collecté, se trouve au-dessous du bord inférieur de la mâchoire, à cheval sur ce bord, et proémine à la fois en dehors et en dedans de lui.

Si l'on songe que les ganglions sous-maxillaires sont pour la plupart abrités à l'état normal par ce bord inférieur du maxillaire, logés tout contre lui,on comprendra très bien cette disposition qu'offre l'abcès résultant de leur fonte purulente. Or, entre la muqueuse buccale et une collection dont le siège initial est celui de ces ganglions, que peut-on rencontrer ? Du tissu conjonctif lâche, et le mince plan musculaire du mylo-hyoïdien, d'autant plus mince qu'il est plus postérieur. Au-dessous on pénètre dans la loge sous-maxillaire. On peut soutenir sans paradoxe, que c'est là une voie aussi courte que la pénétration externe.

Chemin faisant, on se saurait rencontrer non plus d'organes dangereux ; ni les branches de la linguale, ni celles de la faciale ne se trouvent dans le champ de l'incision. Tout au plus, peut-on sectionner d'insignifiantes artérioles et si l'hémorragie en nappe est parfois abondante, on peut être assuré qu'elle sera maîtrisée par le tamponnement. Donc, cet autre argument tiré du danger de l'hémorragie, que l'on serait tenté de formuler contre l'opération, tombe de lui-même ; et, d'ailleurs les faits sont là pour prouver que l'écoulement sanguin n'a ni entravé la marche de l'opération, ni compromis ses suites, ni exposé nos malades à un danger quelconque.

L'évacuation buccale d'une collection septique, éminemment septique et très fétide, doit éveiller d'autres craintes.

Eh quoi ! dira-t-on, vous vous exposez à répandre dans la bouche, dans le pharynx, un liquide aussi chargé de poisons et germes dangereux : quels périls ne peuvent pas résulter de cette aspersion des muqueuses par des produits septiques : à quelles inoculations n'expose-t-on pas la langue, les amygdales, le pharynx et les voies aériennes ? Sans doute, théoriquement, ces craintes peuvent être justifiées. Mais il suffit aussi de faire un instant appel à ses souvenirs pour être aussitôt presque rassuré. A chaque instant, on voit des abcès dont le pus est très septique et très fétide, s'ouvrir dans la cavité buccale sans qu'il en résulte aucun dommage pour le malade. Par exemple, les abcès de la gencive, les abcès résultant d'ostéo-périostite d'origine dentaire et les abcès amygdaliens ; le sou-

lagement, puis la guérison sont la conséquence habituelle de l'ouverture spontanée ou chirurgicale de ces abcès. On en peut dire autant des abcès rétro-pharyngiens que l'on ouvre habituellement par l'incision endo-pharyngée.

Pourquoi le pus des abcès sous-maxillaires serait-il plus nocif ? Pourquoi exposerait-il davantage à des inoculations et à des complications ? Ici encore, nous pourrions invoquer nos observations et répéter que, dans les cas observés par nous, cette effusion de pus n'a eu aucune conséquence fâcheuse. Nous pensons même qu'avec quelques précautions, on peut réduire au minimum la souillure des muqueuses et écarter ainsi jusqu'à l'ombre du danger qui pourrait résulter de l'issue de ces liquides septiques.

La crainte d'un mauvais drainage serait plus justifiée. On pourrait redouter la stagnation du pus et sa rétention dans la cavité ouverte par sa partie supérieure. C'est une règle de bonne chirurgie, d'installer le drainage au point le plus déclive.

C'est justement pour prévenir cette pernicieuse stagnation que nous avons tant insisté sur l'utilité d'une grande incision, sur l'ouverture de la poche dans toute l'étendue de sa partie accessible, sur son nettoyage minutieux, sur sa désinfection à l'aide d'antiseptiques puissants, sur le bourrage de cette poche avec de la gaze antiseptique.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer, en outre, qu'il n'est pas tout à fait exact de dire que l'incision intéresse le plafond de la loge suppurante. Si l'on veut bien se reporter à ce que nous avons dit plus haut, on verra que nous prolongeons l'incision très loin en arrière vers la base de la langue, que cette partie postérieure, descendante de l'incision, n'intéresse plus la partie supérieure de la poche, mais sa partie postérieure. A supposer que la stérilisation de la cavité n'ait pas été obtenue d'emblée, les sécrétions de cette poche trouveraient encore par cette partie de l'incision une issue facile. Remarquons encore que, plus la poche tend à revenir sur elle-même à la faveur du dégonflement des tissus voisins, et plus son fond se rapproche de l'ouverture buccale ; qu'il y tend d'autant plus que l'aponévrose superficielle intacte tend à chaque instant dans les mouvements du cou à repousser vers la bouche la partie inférieure et externe de cette poche ; que tous les mouvements de la langue, du plancher de la bouche, de la mâchoire, du cou, tendent à faciliter l'évacuation des liquides sécrétés vers la brèche ouverte et maintenue ouverte.

Que dire de plus ? Nos malades ont guéri ; nos malades ont guéri promptement : quelques jours ont suffi pour obtenir la cicatrisation, et cette rapide guérison suffirait à elle seule pour nous convaincre que notre incision buccale était suffisante pour l'évacua-

tion du pus, suffisante pour la désinfection de la poche, suffisante pour l'élimination des sécrétions de la plaie, et ces cas sont d'autant plus probants qu'il s'agissait d'adéno-phlegmons ayant déjà provoqué l'infiltration du tissu conjonctif sous-cutané, l'adhérence de la peau, la rougeur de celle-ci, qu'ils semblaient appeler d'une façon impérieuse l'incision directe, et qu'on aurait pu les croire aussi mal choisis que possible pour la démonstration de notre procédé endo-buccal.

Or, justement, dans ces conditions en apparence fâcheuses, l'ouverture buccale n'a fourni que des succès. Il n'est donc pas besoin d'une plus longue série de cas pour que s'évanouissent toutes les craintes que l'on aurait pu conserver au sujet de la valeur de cette technique, et pour que celle-ci n'ait pas besoin de plus ample justification.



Il nous paraît donc très légitime de dire, de répéter, que c'est là une intervention parfaitement bien réglée et qui, conduite comme il convient, est d'une efficacité complète et d'une extrême bénignité.

Il n'est que juste de reconnaître que l'opération est un peu plus longue, un peu plus délicate que la banale incision sus-hyoïdienne ; qu'elle nécessite un peu d'habitude de la chirurgie buccale et qu'elle exige aussi l'anesthésie générale.

Mais qu'est cela si l'on envisage non pas seulement la guérison, mais les conditions dans lesquelles celle-ci est obtenue. C'est peu de chose si l'on songe qu'au prix de ces petits inconvénients on a pu éviter au malade le grave ennui, le chagrin permanent d'une cicatrice très visible, dans une région constamment découverte.

Pour les malades auxquels cette tare est indifférente, il n'y a qu'à continuer les vieux errements. Mais pour les sujets jeunes, ayant l'âge et le souci de plaire, les préoccupations d'esthétique sont trop légitimes pour que le chirurgien ne s'efforce, au prix d'un peu de peine, de leur donner satisfaction.

(*La Presse médicale.*)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye (1913).

Cette année la Fédération dentaire internationale a tenu sa session annuelle à La Haye. Cette session débuta le mardi 26 août par une brillante réception offerte aux délégués étrangers par les Sociétés dentaires hollandaises dans un des hôtels les plus élégants de Scheveningen, la grande station Balnéaire voisine de La Haye.

Plus de cinquante délégués de tous pays s'y rencontrèrent et y prirent contact pour les réunions des jours suivants.

Le mercredi 27 août eut lieu la séance d'ouverture au Pulchri Studio, 15 Lange Voorhout, à 9 heures et demie du matin.

M. Van der Hœven, président de la Société d'odontologie de Hollande, souhaita la bienvenue aux membres de la F. D. I. ;

M. Paterson, président de la F. D. I., rendit compte des travaux de la Fédération depuis la session de 1912 et de la préparation du Congrès dentaire international qui doit se tenir à Londres en 1914 ;

M. Schäffer-Stückert parla au nom de l'Allemagne ;

M. Mummery prit la parole au nom de l'Angleterre ;

M. R. Weiser, au nom de l'Autriche.

M. Brophy, au nom des Etats-Unis d'Amérique ;

M. Rosenthal, au nom de la Belgique ;

M. Christensen, au nom du Danemark ;

M. Aguilar, au nom de l'Espagne ;

M. Henri Villain, au nom de la France, comme secrétaire général de la F. D. N., en remplacement du président, M. Blatter, empêché pour raison de santé ;

M. Lenhardtson, au nom de la Suède ;

M. Jessen, comme président de la Commission d'hygiène ;

M. Huet, comme président de la Commission de bibliographie et de documentation.

Le Conseil exécutif a tenu ensuite une première séance. Des télégrammes ont été adressés : aux rois de Danemark et de Suède pour les remercier de l'intérêt qu'ils portent à la F. D. I., il fut également adressé un télégramme au Congrès international d'hygiène scolaire réuni à Buffalo (Etats-Unis).

La Société odontologique de Hollande a été sur sa demande affiliée à la F. D. I.

Le trésorier, M. Rosenthal, a donné lecture de son rapport et

des comptes de trésorerie, qui ont été approuvés après vérification par des commissaires désignés à cet effet.

Le secrétaire général, M. Schäffer-Stuckert, a donné lecture de son rapport, qui a été approuvé.

Le Conseil exécutif a tenu une deuxième séance l'après-midi. Il s'est occupé de la préparation du Congrès de Londres et de la désignation des rapporteurs sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès. L'organisation de cette grande manifestation professionnelle qui se tiendra sous les auspices et avec le concours de la F. D. I. est en très bonne voie et nous pemet de croire que le VIe Congrès dentaire international sera encore plus brillant que les précédents.

Le travail des commissions a été des plus importants et des plus fructueux.

Des rapports et des vœux très intéressants, sur lesquels nous reviendrons dans le compte rendu général, ont fait l'objet de discussions intéressantes dans les différentes commissions d'enseignement, d'hygiène, de bibliographie et de déontologie.

La partie scientifique comportait une très intéressante conférence sur la quatrième et la cinquième grosse molaire par le professeur Brook à l'Institut anatomique d'Amsterdam dont il occupe la chaire d'anatomie.

La commission du prix Miller a préparé l'attribution du 3me prix pour l'année prochaine à Londres et a décidé que le titulaire désigné à Stockholm recevrait à ce Congrès sa médaille. En attendant, au banquet final de cette session un diplôme très artistique a été remis à M. Ch. Godon, au milieu des acclamations enthousiastes des convives.

Quoique nous ayons regretté le nombre restreint de délégués français à cette réunion, ce qui a diminué dans les délibérations l'emploi de la langue française qui est pourtant la langue officielle de la F. D. I., on peut dire que la réunion de La Haye a été des plus fructueuses au point de vue de l'intérêt général de la profession.

Enfin mentionnons un autre résultat auquel applaudiront les odontologistes français qui ont le souci des intérêts généraux : Fut-il facilité par la proximité du palais Carnegie, prétexté par les fêtes d'inauguration qui avaient créé une ambiance de cordialité, de fraternité ? quoiqu'il en soit, nos amis belges n'ont pas eu de peine à obtenir l'apaisement de tous les dissentiments personnels, et à préparer la réconciliation des délégués français qui s'étaient divisés à propos de la question de l'hygiène, MM. Godon, Francis Jean, H. Villain.

H. V.

VARIA

A PROPOS DE L'INSTITUT DENTAIRE DE PHILADELPHIE

Notre collaborateur M. Kirk, doyen de l'Ecole dentaire de l'Université de Pensylvanie, a reçu de l'ex-impératrice Eugénie une lettre félicitant cette Université d'avoir réalisé le rêve de feu Thomas W. Evans de fonder un Institut dentaire à Philadelphie, sa ville natale. L'impératrice était une amie personnelle de W. Evans et se réfugia chez lui immédiatement après la chute du second Empire et fut finalement conduite par lui au delà de la frontière française dans une voiture fermée, qui sera un objet de curiosité au musée du nouvel Institut.

La lettre est ainsi conçue :

Cyranos, Cap Martin 11 avril 1913.

Monsieur le Doyen,

Au moment de l'inauguration de la Faculté dentaire modèle de l'Université de Pensylvanie, je tiens à vous féliciter de la réalisation de la pensée généreuse du Docteur Thomas Evans. Me souvenant du dévouement dont il me donna des preuves aux heures sombres de ma vie, il m'est doux de faire des vœux sincères pour le succès de cette belle institution dont il a voulu doter son pays. Je vous en envoie l'expression, Monsieur le Doyen, avec l'assurance de mes sentiments distingués.

EUGÉNIE.

(*Old Penn*, 10 mai 1913.)

LE CANADA AURA BESOIN DE DENTISTES PROCHAINEMENT

L'augmentation incessante de l'immigration au Canada et l'attention particulière attachée par les Canadiens au bon état de la denture obligent les immigrants qui ne s'occupaient pas de leur denture dans leur patrie à la faire soigner une fois arrivés dans ce pays.

En 1911, la population du Canada était de 7.204.772 habitants avec 1.768 dentistes, soit 1 dentiste pour 4.080 individus, ce qui est tout à fait insuffisant même à présent.

L'immigration au Canada du 31 mars 1901 au 31 mars 1912 s'est élevée à 354.237 individus, et du 1er avril 1912 au 1er octobre 1912 à 273.649, soit 13 o/o de plus sur les six mois correspondants de la période précédente. En supposant que l'augmentation continue pour l'année entière l'immigration atteindrait 400.287.

En supposant 1 dentiste par 4.000 immigrants, il faudrait 100 dentistes de plus par an pour ce seul surplus de population. C'est à la profession à les fournir.

(*Dental Record*, mars 1913.)

DENTISTE D'ABORD, COLLECTIONNEUR ENSUITE

On annonce la mort à Londres de M. James Orrock qui, au début de sa vie, avait été dentiste et qui, après avoir amassé dans cette profession une certaine fortune, s'était consacré tout entier à l'art.

Fin connaisseur, artiste dans l'âme, il avait petit à petit peuplé sa demeure de véritables trésors artistiques. Il avait toujours rêvé d'être artiste et collectionneur et c'est parce que ses ressources personnelles étaient insuffisantes pour lui permettre de satisfaire ses goûts qu'il avait embrassé la profession de chirurgien-dentiste ; il lui suffit de l'exercer pendant quinze ans pour réussir merveilleusement.

Sa collection était très riche. Il possédait les plus beaux tableaux de Turner connus dans les galeries privées. Il vendit, il y a quelques années, pour 225.000 fr., l'un d'entre eux « Blue lights », qui fut revendu par la suite 375.000 fr.

Il avait de magnifiques meubles de Chippendale, de Sheraton et d'Adam et de l'argenterie superbe de l'époque de Georges III.

(*The Daily Mirror*, mai 1913.)

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. Eugène Louis Peters, chirurgien-dentiste au Vésinet, décédé le 9 août dernier, à l'âge de 45 ans.

NOUVELLES

Fédération dentaire nationale.

Rappelons qu'une assemblée générale extraordinaire de la Fédération dentaire nationale aura lieu, conformément à la décision du comité exécutif en date du 3 juin 1913, le samedi 27 septembre prochain, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du 8e arrondissement de Paris, rue d'Anjou.

Ordre du jour :

1° Procès-verbal de l'assemblée générale du 22 février 1913.
2° — du Comité exécutif du 3 juin 1913.
3° — du Comité exécutif du 22 juillet 1913.
4° Correspondance.
5° Rapport du secrétaire général.
6° — du trésorier.
7° Projet de fusion avec l'Union fédérale dentaire nationale.

Union fédérale dentaire nationale.

Rappelons également qu'une assemblée générale de l'U. F. D. N. aura lieu, conformément à la décision de la commission exécutive en date du 3 juin 1913, le samedi 27 septembre prochain à 8 heures 1/2 du soir, à la mairie du 8e arrondissement de Paris, rue d'Anjou.

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 31 mai 1912 ;
2° — de la Commission exécutive du 20 juillet 1912 ;
3° — de la Commission exécutive du 2 août 1913 ;
4° — de la Commission exécutive du 3 juin 1913 ;
5° Correspondance ;
6° Rapport du secrétaire général ;
7° — du trésorier ;
8° Projet de fusion avec la F. D. N.

L'anesthésie et les dentistes.

Une loi votée par le Sénat de l'Etat d'Ohio (Etats-Unis) étend les droits des dentistes en conférant à ceux-ci la faculté d'administrer des anesthésiques pour un motif quelconque.

Jusque-là la loi réglementant l'exercice de la médecine limitait le droit des dentistes de donner des anesthésiques généraux à leur administration pour les opérations dentaires seulement. D'après la nouvelle loi un dentiste a le droit d'administrer des anesthésiques pour un médecin ou un chirurgien pour toutes les opérations de grande ou de petite chirurgie.

Cette extension de pouvoirs a été demandée par les médecins de l'Etat constitués en corps, aussi bien que par les dentistes.

Distinctions honorifiques.

Nous apprenons avec plaisir que M. Edmond Bacque, chirurgien-dentiste honoraire des hôpitaux de Limoges, un des plus anciens membres de notre groupement, vient de recevoir la médaille d'honneur en vermeil de la Société nationale d'encouragement au bien.

D'autre part, par arrêté du Ministre de l'Intérieur en date du 31 juillet, M. Bacque est également titulaire de la médaille d'honneur en argent de l'Assistance publique.

Nous adressons à notre confrère nos bien sincères félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Théo Morineau, membre de l'A. G. S. D. F., chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Marie-Antoinette Gouvard, célébré à Lyon le 12 août.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Un cambriolage chez un dentiste.

En rentrant de voyage, M. Lecomte, chirurgien-dentiste, demeurant, 39, avenue Laumière, a constaté que des malfaiteurs s'étaient introduits dans son appartement et l'avaient mis au pillage.

Le coffre-fort descellé et éventré gisait au milieu de la salle à manger. Les cambrioleurs y avaient pris pour 12.000 francs de bijoux, argenterie et objets d'art. La sûreté a été prévenue, ainsi que le service anthropométrique.

(*Le Petit Parisien*, 9 août.)

Honnêtes employés de dentistes !

Les nommés Aimé J... et Jean D..., âgés tous les deux de 24 ans, étaient employés chez un chirurgien-dentiste de Lyon, l'un comme mécanicien, l'autre comme valet de chambre. Estimant que les profits honnêtes qu'ils retiraient de leur profession étaient insuffisants, ils y ajoutaient par une coupable industrie. Ils dérobaient à leur patron des matières d'or, d'argent, de platine, et en fabriquaient soit des appareils dentaires, soit des bagues et autres objets qu'ils écoulaient à une clientèle confiante. Le truc ne tarda pas à être découvert et les deux complices arrêtés. Au domicile de l'un d'eux on découvrit, au cours d'une perquisition, une foule d'objets, outils ou matières précieuses qui avaient la même origine. Le montant des détournements opérés s'élève à plus d'un millier de francs.

Les deux voleurs, après interrogatoire, ont été laissés en liberté. Ils seront poursuivis sur citation directe.

(*Le Salut public*, 5 août.)

ERRATUM

Dans notre compte rendu du Congrès de la Société odontologique suisse (*Odontologie*, 30 août 1913, p. 185) une erreur nous a fait attribuer au Dr Vichot, de Lyon, une communication intitulée : *Recherches sur la valeur des solutions colloïdales des anesthésiques alcaloïdiques*. C'est le Dr Fichot, de Clermont-Ferrand, qui est l'auteur de ce mémoire.



Albert LOUP

1868-1913

33e ANNÉE. N° 18. 30 SEPTEMBRE 1913 VOL. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DANS LES ÉCOLES DENTAIRES[1]

Par M. JOSEPH NOLIN,

Professeur à l'École de chirurgie dentaire de l'Université Laval à Montréal.

La chirurgie dentaire est-elle une profession libérale, un art ou un métier ?

La question est brutale, mais c'est pourtant celle que doit tout d'abord se poser quiconque entreprend l'organisation d'une école dentaire moderne.

Impossible, avant d'y avoir répondu, d'élaborer un programme sérieux et pondéré d'études dentaires.

Une *profession libérale*, nous dit Larousse, est celle où l'intelligence a plus de part que la main.

Les *arts libéraux* ou *beaux-arts* sont ceux où l'intelligence et la main travaillent de concert.

Le *métier* ou *art mécanique* est celui où la main travaille presque seule, guidée, plutôt par l'habitude que par l'intelligence.

Le droit, la médecine sont des professions; la peinture, la sculpture sont des arts ; la cordonnerie, l'ébénisterie, l'orfèvrerie sont des métiers.

Dire du travail du dentiste que l'intelligence n'y entre pas pour la plus large part serait une erreur grave, erreur où tombent trop de personnes cependant, et que le manque

1. Travail lu devant l'American institute of dental Pedagogies, à Pittsburg.

d'idéal et de culture de certains dentistes, tend malheureusement à répandre encore.

Affirmer, d'un autre côté, que le travail manuel n'y entre pas dans une proportion très considérable serait fausser la vérité.

Appelée journellement à résoudre mille et un problèmes pathologiques, thérapeutiques ou prophylactiques, la chirurgie dentaire devient de plus en plus une spécialité importante de la médecine, obligeant l'école dentaire à préparer un programme compliqué d'études biologiques et médicales.

Mais la chirurgie dentaire ne s'arrête pas, comme les autres spécialités de la médecine, à débarrasser le corps humain des maux qui l'assiègent. Il lui faut, en plus, par des moyens prothétiques, rendre à la bouche humaine, à la figure humaine, leur harmonie et leur beauté lésées par la maladie.

Envisagée sous cet aspect particulier, la tâche du dentiste tient-elle de l'art, ou tient-elle du métier ? L'intelligence y dirige-t-elle la main, ou celle-ci est-elle guidée par l'habitude ? En somme, le dentiste y devient-il un artiste ou un artisan ?

Etudier avec vous ce problème dans ses rapports avec l'éducation donnée dans les écoles dentaires ; scruter ce que nous avons fait dans le passé et ce que nous avons négligé de faire ; chercher s'il serait possible de faire mieux : telle est la tâche que je me suis imposée en préparant l'humble travail que j'ai l'honneur de vous soumettre.

Qu'est-ce que l'art ?

« Considéré dans son but, l'art est la manifestation du *Beau*.
» Où le beau n'est plus en jeu, l'art cesse. Or le beau est
» particulièrement sensible quand il revêt une forme. C'est
» pourquoi la peinture et la sculpture sont les arts plas-
» tiques, proprement dits, ou beaux-arts (Larousse).

» Considéré dans ses moyens, l'art est l'interprétation de
» la nature ». *(Idem)*.

Aussi quelle peine, quel labeur s'imposent le peintre et le sculpteur pour dérober à la nature les secrets de sa beauté.

Anatomie générale, anatomie régionale, anatomie externe ou artistique, long entraînement de l'esprit, de l'œil et de la main, rien ne les rebute.

Et quel triomphe quand le peintre a fixé sur la toile, quand le sculpteur a reproduit dans le marbre, cette ultime manifestation du Beau, cet ensemble de courbes subtiles et d'harmonieuses rondeurs qu'est la figure humaine ! (Fig. 1).



Fig. 1.

Que l'artiste saisisse et rende une expression fugitive, un sourire, un regard de mélancolie et, du coup, il se trouve immortalisé.

L'art du dentiste.

Combien plus belle, pourtant, et combien plus difficile aussi, la tâche du chirurgien-dentiste.

La figure humaine, chef-d'œuvre du Tout-Puissant, la

figure humaine blessée, déformée, rendue hideuse par la maladie, par le traumatisme, par la résorption des tissus,par



Fig. 2.

les accidents de croissance, lui est confiée, pour que, à cette chair vivante, il rende sa beauté et son harmonie première (Fig. 2).

Comment nous préparons nos élèves à cette tâche.

Que faisons-nous pour préparer nos élèves à cette tâche délicate ?

Que leur enseignons-nous de la morphologie générale, de l'anatomie artistique de la face ?

En un mot, que faisons-nous, pour développer chez eux le sens de la *forme,* de la *direction* et de la *proportion ?*

Je posais l'an dernier cette question à mon ami, le Dr Webster, de Toronto. Fixant sur moi son œil perçant et avec le sourire de sphinx que vous lui connaissez, il me répondit dans le langage si précis et si pittoresque de l'Ouest canadien " Not a damn thing " (pas une maudite chose).

A quoi se résument, en somme, à l'heure actuelle, les études artistiques de l'étudiant dans nos écoles dentaires ? Le modelage de quelques dents en terre, la sculpture de quelques autres en ivoire, la confection de quelques couronnes en métal... la prise de quelques articulations... des dentiers... et ensuite ?... des ponts, du plâtre, du caoutchouc, de la soudure, du zinc, de l'or, du travail de laboratoire... c'est-à-dire de l'entraînement manuel, de la mécanique, de la technique industrielle et c'est tout.

Tout cela est très pratique, très utile, très nécessaire même, mais est-ce assez ?

Le sculpteur qui n'apprendrait rien autre chose que la manipulation du maillet et de son burin, ferait tout au plus un tailleur de pierre médiocre. On peut connaître le maniement des couleurs et n'être qu'un peintre en bâtiment.

Le Dr Black a dit quelque part que pour faire de l'enseignement effectif, il faut atteindre le principe fondamental du sujet enseigné. Atteignons-nous bien le principe fondamental de l'enseignement technique par nos méthodes actuelles ? Je ne le crois pas.

Education artistique de l'œil et de l'esprit.

Nous avons reconnu que l'art est la manifestation du Beau

et que le Beau est surtout sensible quand il assume une forme.

Voir, comprendre et analyser la *forme*, afin de se rendre capable, par la suite, de lui donner expression, telle sera le premier souci de l'artiste... et du dentiste, celui du moins qui se refuse à devenir un simple artisan.

Que son œil *voit* la forme, que son esprit la comprenne, la dissèque, l'analyse, et sa main, guidée par une intelligence avertie, n'aura pas besoin d'un bien long entraînement pour la reproduire.

Un artiste ne dit pas d'un autre artiste qu'il a mal dessiné un paysage, mais qu'il l'a mal *vu*.

Aussi le premier soin du professeur d'art sera-t-il d'habituer son élève à *voir* la forme des choses.

Pour atteindre ce but, il lui fera d'abord étudier la forme dans ses manifestations les plus simples, celles qui exigent le moindre mouvement des yeux et le moindre effort de la pensée. Les lignes droites, horizontales, verticales et obliques seront suivies de combinaisons de ces mêmes lignes ; carrés, triangles, parallélogrammes, etc. Puis viendra la ligne courbe et ses combinaisons : cercles, ovales, spirales, etc., nécessitant un mouvement plus constant des yeux et un effort cérébral plus considérable. Il exigera que l'élève les dessine à main levée, d'après des modèles qu'il exécutera devant lui, et il les lui fera recommencer jusqu'à ce qu'il puisse les dessiner correctement et sans effort. Après quelques leçons de ce genre l'élève aura déjà acquis, dans une certaine mesure, le *sens de la direction*.

Cela fait, il sera préférable de mettre immédiatement l'élève à dessiner d'après les solides.

Des blocs de formes diverses lui serviront de modèles. On commencera naturellement par les formes les plus simples, cubes, pyramides, cônes, etc., jusqu'à ce que l'élève puisse dessiner correctement des ornements et des vases, aux lignes subtiles et compliquées. De grosses dents en plâtre ou en papier mâché font d'excellents modèles pour cette partie de l'enseignement du dessin aux élèves en chirurgie dentaire.

A la culture *du sens de la direction*, on a alors ajouté celle *du sens de la proportion.*

Alors, et *alors seulement*, on est prêt à commencer l'étude de la figure humaine. Celle-ci est la manifestation de la forme la plus subtile, la plus compliquée, la plus intangible, et malgré cela, ou à cause de cela peut-être, la plus intéressante que présente la nature.

Chaque partie de la figure sera d'abord étudiée séparément, d'après des blocs en plâtre de grandeur exagérée, puis viendra la figure complète, puis la tête tout entière, toujours d'après des plâtres.

Le professeur, sans négliger la correction des lignes, devra insister sur l'exactitude des proportions, car c'est en somme le *sens de la proportion* que le dentiste a le plus besoin d'acquérir.

Entre temps, pour varier le travail et le rendre plus complet, l'élève aura fait un peu de modelage et il sera bon,dans les derniers temps, de lui faire copier en terre une tête ou deux de statuettes.

Quelques têtes dessinées d'après des modèles vivants de sexe et d'âge différents complèteront le programme.

Le temps requis.

J'entends quelqu'un me dire : Mais où l'étudiant prendra-t-il le temps requis pour faire ce travail ?

D'abord laissez-moi vous assurer que le temps nécessaire à l'exécution du programme énoncé ci-haut n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le croire de prime abord.

Quatre heures par semaine durant la première année, et deux heures durant les années suivantes suffiront pour développer, de façon étonnante, le sens artistique des élèves les plus réfractaires, pourvu que le professeur soit compétent et le temps bien employé.

Un des résultats immédiats de ce développement sera d'ailleurs une plus grande facilité dans l'exécution des travaux manuels requis de l'élève, facilité qui lui permettra

d'économiser ailleurs le temps dépensé à l'étude de la morphologie.

Morphologie générale.

Quelques conférences sur la morphologie générale seront données, de temps à autre, alternant avec les cours de dessin et de modelage. Dans ces conférences, il sera enseigné aux élèves, que la manifestation la plus élémentaire de la forme est la ligne horizontale (Fig. 3, n°1). Celle-ci pouvant être *vue* et comprise, sans mouvement des yeux et sans effort du cerveau. L'horizon sur l'eau, auquel en passant, elle doit son nom, est le meilleur exemple de cette ligne.

La *ligne verticale* exige un mouvement de haut en bas des yeux, mais comme les muscles agissent alors par paires, la direction verticale est facilement saisie, même par ceux chez qui le sens de la direction est le moins développé. Les clochers, les arbres, les murs des maisons présentent des lignes verticales (Fig. 3, n°2).

La *ligne oblique* demande plus d'effort. Dans le mouvement que font les yeux pour la suivre, tous les muscles de ces organes sont mis en jeu. La plus ou moins grande déviation de cette ligne de la direction verticale ou horizontale exige en plus, de la part de l'observateur, un calcul mental déjà sérieux (Fig. 3, n°3).

Ces trois lignes sont, pour ainsi dire,la base de toute étude morphologique. La nature n'offre aucun objet dont la forme ne puisse s'analyser et se traduire par elles. C'est probablement la reconnaissance de ce principe élémentaire de morphologie, exagéré de son application, qui a donné naissance, chez les peintres, à l'école cubiste.

La *ligne courbe* est une modification plus ou moins considérable des trois lignes droites, et c'est en la comparant avec celle-ci qu'on peut en contrôler la direction (Fig. 4).

Partant de ces principes fondamentaux, on peut dire que la morphologie enseigne l'analyse de la forme des choses.

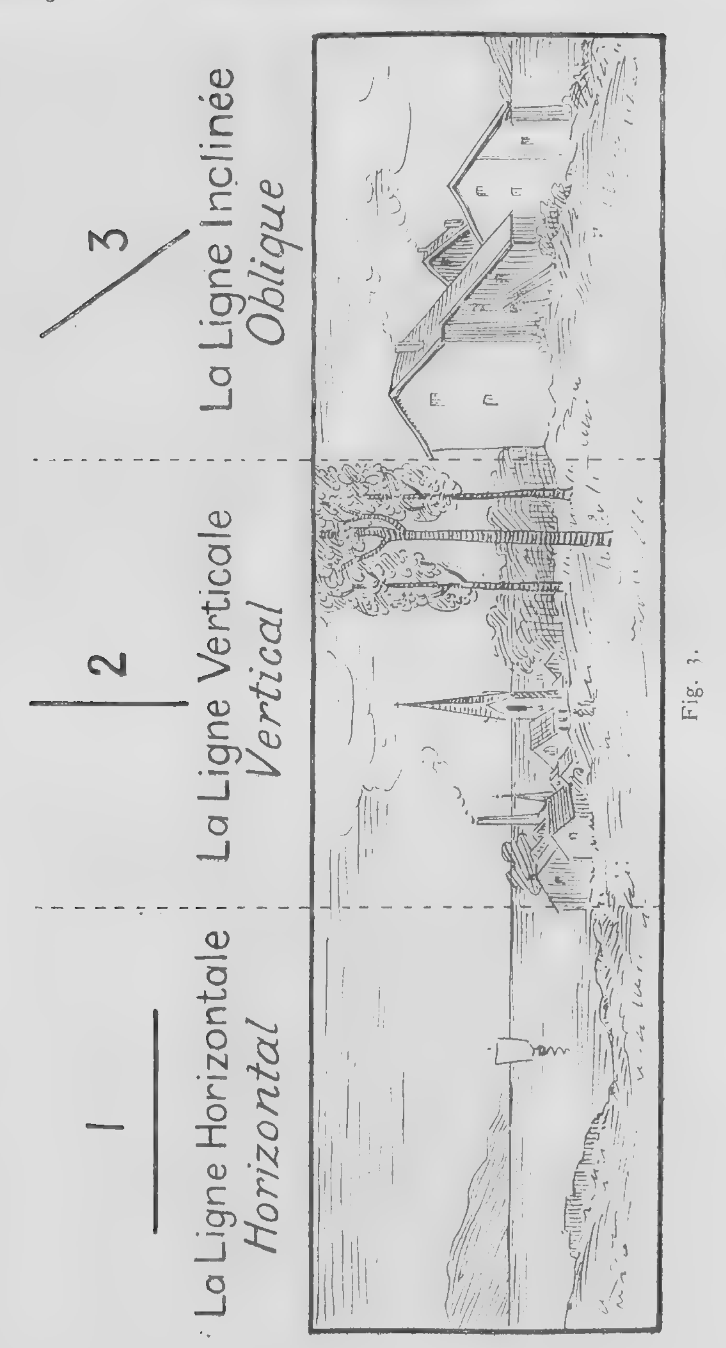

1
La Ligne Horizontale
Horizontal
2
La Ligne Verticale
Vertical
3
La Ligne Inclinée
Oblique

Fig. 3.

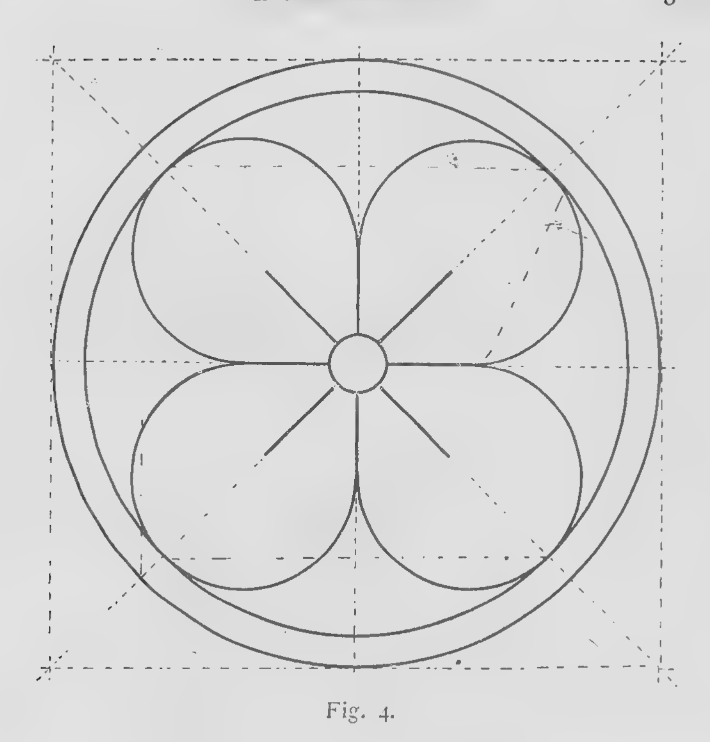


Fig. 4.

Morphologie de la face.

Dans l'étude de la morphologie de la face, le chirurgien-dentiste apprendra des choses de la plus grande utilité. Il y verra par exemple, que la face humaine *normale* se divise en quatre parties comme suit :

1° Du menton au nez ;

2° De la base du nez à la suture naso-frontale ;

3° De ce dernier point à la naissance de la chevelure ;

4° De la naissance de la chevelure au sommet du crâne (voir figures 4-5-6-7).

Les trois premières parties sont toujours d'égales dimensions, *si la face est normale*. La quatrième peut varier, mais elle égalera généralement la moitié d'une des autres parties. Toutes les autres proportions de la face, de la tête et du corps humain sont susceptibles d'analyse par des moyens identiques (fig. 8).

Après avoir étudié la figure humaine normale (ou physio-



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.

logique), la morphologie de la face décrira et classifiera les diverses déviations aux règles qu'elle a ainsi posées, et en étudiera les causes: extraction, carie, dentition, résorption des tissus, etc.

La morphologie faciale traite aussi des émotions de l'âme, la joie, la douleur, le mépris et le reste, de leur effet sur la



Fig. 8.

physionomie, les muscles qu'elles mettent en jeu (Fig. 9-10). Quel précieux auxiliaire deviendra dans l'avenir, aux professeurs d'orthodontie et de prothèse, le professeur de morphologie faciale.

L'auteur de ce travail n'a pas la prétention de pouvoir résoudre, à lui seul, tous les problèmes que présente l'organisation d'un meilleur enseignement de l'art et de la morphologie dans les écoles dentaires. Le temps mis à sa disposition ne lui permet pas non plus de décrire, même succinctement, le programme qu'il est en voie d'organiser dans son école, avec l'entière approbation de la faculté de celle-ci.

Si cependant, cette modeste étude pouvait avoir pour résultat d'attirer l'attention de « l'American Institute of Dental pedagogies » sur cet important sujet et d'en provo-

quer la discussion sérieuse et répétée, votre conférencier se sentirait généreusement payé de son labeur, en ce qu'il

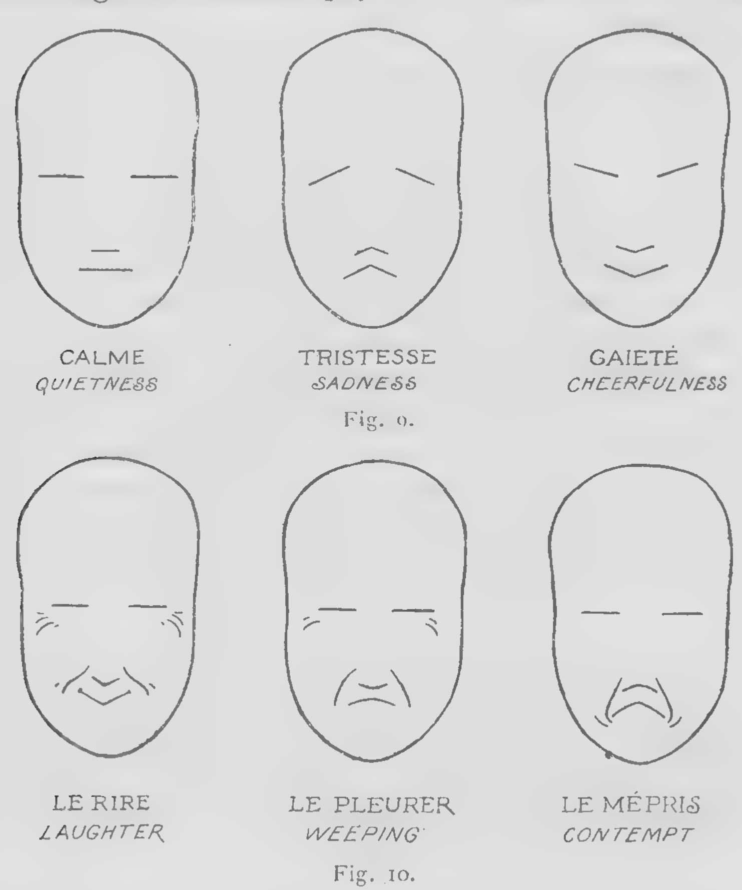


Fig. 9.

Fig. 10.

aurait conscience d'avoir rendu un service sérieux à ses collègues dans l'enseignement dentaire, ainsi qu'à sa profession en général.

Conclusions.

1° L'enseignement de la chirurgie dentaire se divise en deux parties bien distinctes, dont l'une purement médicale et biologique ; l'autre, strictement prothétique et technique ;

2° Toutes deux sont aussi nécessaires l'une que l'autre pour donner aux jeunes dentistes la compétence que le public a le droit d'attendre de lui ;

3° La partie prothétique de l'enseignement dentaire peut devenir un métier ou un art, suivant la conception que s'en fait le dentiste ;

4° Cette conception lui vient de l'école dentaire où il a reçu son éducation ;

5° L'absence de toute étude artistique et l'exagération des détails dans son entraînement manuel et technique, tend à créer chez lui un idéal industriel et mercantile qui prévaut trop souvent sur l'idéal professionnel engendré par la partie scientifique et médicale de son éducation ;

6° Le remède à cet état de choses, serait l'organisation raisonnée et raisonnable, dans toutes les écoles dentaires contrôlées par cet institut, de l'enseignement des principes fondamentaux du dessin, de la sculpture et de la morphologie, lequel enseignement, devrait être modifié et orienté de façon à se fondre avec l'enseignement technique déjà donné et dont le programme, sans lui, restera toujours incomplet [1].

---

1. Nous sommes d'accord avec l'auteur sur la nécessité de l'enseignement du dessin et du modelage dans les écoles dentaires ; mais nous tenons à faire remarquer que cet enseignement a été créé depuis longtemps à l'Ecole dentaire de Paris, où il fonctionne depuis 1900. L'enseignement du dessin et du modelage se poursuit actuellement durant les deux années du stage de prothèse. En outre, il est fait aux élèves des cours d'esthétique faciale, au double point de vue prothétique et orthopédique.

N. D. L. R.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

DES PANSEMENTS « TAMBOUR » EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE

Par Ch. QUINCEROT.

Dans le n° du 30 juin 1913 de *L'Odontologie* (compte rendu de la séance de la Société d'Odontologie de Paris du 14 mai 1913), je constate page 555 un passage relatif à une sorte de *capsule* en celluloïde, inventée par notre distingué confrère Warnekros, sur la demande d'un chirurgien, afin de protéger les plaies contre l'arrachement produit par les linges ou bandes de pansements lorsqu'il y a lieu de les renouveler — arrachement qui retarde la cicatrisation.

Or, l'idée n'est pas nouvelle, puisque idée il y a ; moi-même, pour mon compte personnel, j'ai déjà eu l'occasion d'avoir recours à un procédé analogue il y a quelque vingt ans. Ne pensant pas qu'il y avait lieu de faire part de ce procédé, que j'ai dénommé procédé *tambour*, je n'en fis jamais relation, trouvant d'ailleurs la chose par trop simple, et si je me permets d'y appeler l'attention aujourd'hui, ce n'est uniquement que dans le but d'approuver la valeur de ce procédé que j'avais expérimenté sur moi-même avec très grand succès ; de plus je suis heureux d'être en communion d'idées avec d'autres chirurgiens de valeur.

Il y aurait lieu de préconiser ce procédé très peu répandu pour ne pas dire absolument ignoré en chirurgie et de se souvenir, en passant, que bien des *dentistes*, par leur ingéniosité toujours en éveil, ont concouru maintes fois, sans pour cela qu'on leur en sache gré en haut lieu, à créer ou à améliorer divers procédés ou méthodes opératoires.

Voici ce qui m'amena à innover ce pansement. Au cours d'une promenade vélocipédique, je fis une chute et me blessai à la cheville sur la bordure d'un trottoir, la plaie était une sorte de coupure assez profonde avec éraflure du derme d'environ 3 centimètres de diamètre ; loin de toute habitation, je trouvai longtemps après un peu d'eau phéniquée afin de laver la blessure, puis tant bien que mal je fis un pansement sommaire. De retour chez moi, je procédai *secundum artem*, c'est-à-dire compresse et bandelette, mais comme je souffrais, il me fallait renouveler et, chaque fois, j'arrachais les tissus collés aux linges. Alors je saupoudrai d'aristol et réenveloppai, eh bien ! malgré

cela, par transsudation la chaussette même se trouvait collée et cela durait déjà depuis 3 ou 4 jours; alors l'idée me vint d'isoler la plaie.

Pour ce faire, je pris un anneau à rideaux, anneau en bois de la grosseur du petit doigt, de 7 centimètres de diamètre extérieur et de 5 centimètres de diamètre intérieur, je tendis dessus de l'étamine retenue par des fils contournant l'anneau et j'avais ainsi un couvercle ou tambour. Puis je passai des ligatures autour de la jambe et du pied afin de retenir le dit *tambour* en bonne et due place. De cette façon, je pouvais panser ma plaie, rabattre sur ce tambour ma chaussette et qui plus est, mettre ma chaussure (soulier « Richelieu »), sans éprouver aucune gêne, la guérison survînt rapidement.

Comme on le voit, rien n'est nouveau et bien des inventions que l'on croyait avoir trouvées ont été réalisées par d'autres qui souvent n'ont pas eu, devant la simplicité du fait, tel est mon cas, l'idée d'en donner connaissance; et cependant puisque les choses les plus simples sont dit-on les meilleures, ne devrait-on pas, quand même, au risque d'une redite, les communiquer afin d'en faire profiter autrui et de servir également la cause de l'enseignement ?

REVUE DES REVUES

L'EAU OXYGÉNÉE ASSOCIÉE A LA COCAINE OU A LA NOVOCAINE

(Méthode de MARMOUGET)

Pour l'extraction des dents

PAR MM.

G. MAHÉ, et P. VANEL,

Dentiste de l'hôpital Bichat, Chef de clinique

Ex-chargé de cours

à l'Ecole dentaire de Paris.

Depuis plusieurs années, l'anesthésie locale par injection sous-muqueuse est d'un usage absolument courant en chirurgie dentaire. D'une part elle supprime, ou diminue considérablement, pour le patient la douleur ; pour l'opérateur, elle facilite et permet même l'exécution d'interventions, soit chirurgicales, soit de dentisterie opératoire que l'on hésiterait à faire sans elle. D'autre part, la technique, de mieux en mieux réglée, en a généralisé l'emploi.

Depuis que nous pratiquons l'anesthésie locale, nous avons dû reconnaître qu'un certain nombre de substances anesthésiques sont loin d'être inoffensives, et de donner toujours des résultats satisfaisants. Nous nous expliquons : au fur et à mesure de leur apparition, nous avons essayé divers anesthésiques : la cocaïne, la stovaïne, l'eucaïne, la tropacocaïne, l'alypine, la novocaïne, le chlorhydrate de quinine et d'urée. Aucun de ces produits ne nous a semblé réunir des qualités telles qu'il puisse être considéré comme l'anesthésique de choix, idéal, définitif pour l'art dentaire. Sans aller jusqu'à exiger, ce qui serait cependant légitime, toujours et pour chaque cas satisfaction complète, nous pouvons regretter que l'usage de ces différents produits ne soit pas sans s'accompagner quelquefois, trop fréquemment à notre avis, d'inconvénients plus ou moins fâcheux, voire même d'accidents plus ou moins graves.

Aujourd'hui, on emploie le plus généralement et presque exclusivement la cocaïne et la novocaïne, soit seules, soit associées à l'adrénaline. La cocaïne seule est déjà un bon anesthésique qui donne des résultats satisfaisants, mais qui, en raison même de sa toxicité, ne peut être employé sans quelque prudence, La novocaïne employée seule, même en solution forte (sa to-

xicité étant beaucoup plus faible), donne des résultats très inférieurs à la cocaïne. Associés à l'adrénaline, ces deux produits voient leurs propriétés propres augmentées considérablement et présentent, en outre, celles inhérentes à l'adrénaline. Malheureusement, si l'adrénaline ajoute notablement à la valeur anesthésique de la cocaïne et de la novocaïne, elle leur adjoint aussi ses propres défauts. Ces solutions adrénalisées s'accompagnent trop souvent d'accidents qui peuvent être graves, et qui toujours influencent, au moins d'une manière regrettable, le moral des patients.

Pour nous, chez les enfants et chez certains malades cardiaques, rénaux, chez les vieillards, et les femmes enceintes, l'emploi de l'adrénaline est absolument contre-indiqué. Et si l'anesthésie locale par la cocaïne ou la novocaïne adrénalisées nous paraît un moyen agréable, utile, et qui nous a rendu bien souvent de réels services, combien de fois ne nous est-il pas arrivé aussi d'en avoir regretté l'emploi en présence d'accidents, sueurs froides, vertiges, nausées, anxiété, menaces de syncope, tremblements, troubles circulatoires locaux, qui, s'ils ne sont pas très graves, sont toujours cependant une cause d'alertes aussi pénibles à l'opérateur qu'au patient !

A ces réactions générales s'ajoutent, plus fréquemment encore, des accidents locaux, véritables intoxications des tissus injectés qui, incapables de faire leurs réparations normales, peuvent devenir de véritables milieux de culture microbienne, accidents sur le mécanisme desquels l'un de nous s'est précédemment expliqué [1].

Ces accidents locaux, qui peuvent être quelquefois très sérieux et s'accompagnent chez des sujets affaiblis ou prédisposés de complications véritablement inquiétantes, nous paraissent à l'heure présente, où notre expérience est plus étendue, une très grave atteinte aux espérances que les solutions adrénalisées nous avaient inspirées à leur début.

Nous ne connaissons aucun moyen de s'en mettre *absolument* à l'abri. Ni la minutie la plus soigneuse apportée à l'injection, ni les précautions pré-opératoires, ni les soins post-opératoires, ni la dilution des solutions ne permettent de les éviter à coup sûr. Et si nous restons convaincus que ces solutions demeurent, toutes les fois qu'il n'y a pas *plaie ouverte*, — par exemple dans l'anesthésie intra-dentaire, pulpaire ou éburnéenne, — un très précieux progrès auquel nous ne saurions plus renoncer — nous sommes devenus par contre infiniment plus réservés en ce qui concerne l'extraction des dents.

---

1. LA CLINIQUE, 10 mars 1911.

On ne saurait donc considérer ces solutions comme complètement inoffensives. Telle est notre opinion depuis longtemps déjà, et nous sommes toujours dans l'attente d'un produit capable de nous donner une aussi bonne anesthésie que les solutions adrénalisées, sans présenter leurs fâcheux inconvénients. C'est donc avec la plus grande attention et le plus grand intérêt que nous prîmes connaissance du travail de M. Marmouget, de Bordeaux, sur l'anesthésie locale par injection hypodermique du mélange d'une solution faible de cocaïne et d'eau oxygénée. Depuis près de six mois nous avons expérimenté cette méthode, et elle nous a semblé présenter des qualités assez réelles pour nous décider à publier les résultats de l'expérimentation que nous avons faite tant dans les consultations dentaires des hôpitaux Laënnec et Bichat que dans nos clientèles personnelles.

Nous employons indistinctement la cocaïne et la novocaïne : la cocaïne en solution au centième, ou à un pour deux cents, et la novocaïne en solution à deux ou quatre pour cent dans un sérum artificiel. Comme eau oxygénée, nous employons l'eau oxygénée pharmaceutique ou le perhydrol.

Pour préparer le mélange injectable nous verrons dans une capsule de porcelaine ou de nickel : 1° (avec le perhydrol), 4 cm^3 de solution de cocaïne à 1/200 ou de novocaïne à 2/100 et une goutte de perhydrol ; 2° (avec l'eau oxygénée) 1 cm^3 de cocaïne au 1/100 ou 1 cm^3 de novocaïne à 4/100 et 1 cm^3 d'eau oxygénée *à cinq volumes.* En portant ce mélange juste à l'ébullition nous obtenons le liquide injectable.

Pour faire l'injection nous employons la seringue ordinaire à ailettes et des aiguilles de platine ou de nickel exclusivement, l'eau oxygénée attaquant très rapidement l'acier. Les aiguilles de nickel même ne peuvent être conservées qu'à condition, après les avoir lavées à l'eau claire, de les sécher parfaitement et d'introduire immédiatement un fil dans leur lumière.

L'injection doit se faire très superficiellement et *très lentement, doucement,* avec le liquide tiède, de façon à diminuer le plus possible la douleur. Il faut en général faire l'injection en trois endroits: de chaque côté de la dent à extraire, extérieurement, et à la face palatine dans la direction de la racine. L'aiguille étant très peu enfoncée, on pousse *lentement* le piston ; aussitôt la muqueuse se gonfle légèrement et devient toute blanche ; lorsque ce gonflement et l'ischémie ont complètement entouré la dent, l'injection est terminée et doit être ainsi suffisante pour obtenir une bonne anesthésie. Le volume de liquide injecté est rarement de plus de un demi à 1 cm^3 ; on voit donc combien faibles sont les doses de cocaïne ou de novocaïne employées, aussi nous n'avons jamais

observé ces accidents qui sont si fréquents au début de l'injection avec les solutions adrénalisées.

Nous insistons particulièrement sur les trois points suivants :

1° *Injection superficielle.* — Technique qui est particulière et propre à cette méthode. En effet, si l'on injecte profondément le liquide entre le chorion de la muqueuse gingivale et le périoste, le liquide pénètre trop facilement et trop rapidement ; le décollement est donc très rapide, augmenté dans ce cas particulier par le dégagement d'oxygène, et il est toujours douloureux. On peut ainsi obtenir de l'emphysème sous-muqueux, que nous avons constaté très considérable dans deux cas et qui, s'il n'est pas dangereux, est tout au moins fort désagréable. Il en résulte que ce procédé est absolument contre-indiqué pour obtenir l'analgésie de la pulpe et de la dentine. Du reste, les quelques tentatives que nous avons faites dans ce sens ont toujours été des insuccès en fait d'analgésie, mais ont été par contre accompagnées chaque fois d'emphysème et de douleur. Sur ce point, la supériorité de l'adrénaline reste entière.

2° *Le liquide doit être tiède.* — Chaque fois d'ailleurs que nous avons eu l'occasion de nous occuper des injections sous-muqueuses, nous avons toujours préconisé l'emploi des liquides tièdes, ceux-ci étant toujours mieux tolérés et moins douloureux que les liquides froids.

3° *Injection lente.* — En effet, plus le liquide pénètre lentement, moins vives sont la distension et la réaction des tissus, en particulier dans le cas de gencive enflammée. On peut enfin de cette façon limiter le volume du liquide à injecter, le réduire au minimum *en arrêtant l'injection aussitôt que la gencive a pris la teinte blanchâtre caractéristique.* Une injection rapide, déterminant presque toujours une douleur extrêmement violente, rend craintif le malade — ce qui est assez opposé au résultat que nous recherchons.

Nous avons pratiqué par cette méthode une centaine d'extractions environ, dans des cas faciles et dans des cas difficiles, dents uniradiculées, grosses molaires supérieures ou inférieures, dents de sagesse, racines, dans des cas d'abcès, de périodontite, et le plus souvent nous avons pu opérer facilement avec une bonne anesthésie.

Lorsque la gencive est saine, l'anesthésie est en général excellente ; lorsque la gencive est enflammée, congestionnée, boursouflée, saignante, l'injection est difficile à faire, mais l'anesthésie obtenue est bonne et bien souvent meilleure qu'avec tout autre procédé. D'une façon générale, il nous a semblé que la cocaïne donnait une anesthésie sensiblement supérieure à la solution de novocaïne. Lorsque l'on peut opérer rapidement et que l'on ne

fait pas plusieurs prises, lorsqu'il n'y a pas de grands délabrements de la muqueuse, ni de fractures de l'alvéole, l'opération est absolument exsangue ; la dent sortie, l'alvéole reste béant, rose, sans écoulement de sang ; après une extraction ainsi faite, le malade crache une salive légèrement teintée, c'est une véritable opération à blanc. Le caillot ne se forme que lentement et comble petit à petit l'alvéole. La suppression de l'hémorragie et la faible quantité d'anesthésique employé permettent de faire sur le même malade plusieurs extractions avec la plus grande facilité.

Deux points essentiels sont à préciser au sujet de cette ischémie.

Lorsqu'elle est obtenue avec une dose correcte, *c'est-à-dire aussi faible que possible*, d'H^2O^2, elle se distingue essentiellement de celle que procure l'adrénaline, en ceci, qu'étant presque aussi parfaite au cours de l'acte opératoire, elle est beaucoup plus temporaire. *Elle doit l'être* surtout, et nous considérons la manœuvre comme absolument réussie lorsque, ayant opéré *à blanc*, nous voyons dans les minutes qui suivent un petit écoulement sanguin se produire discrètement dans l'alvéole.

Mais lorsque, pour une raison ou pour une autre, la dose d'H^2O^2 a été tant soit peu exagérée, soit que la teneur de l'eau oxygénée employée ait été plus élevée qu'on ne le pensait, soit que la quantité injectée ait été un peu forte, on peut voir une ischémie *aussi massive, aussi durable* que celle de l'adrénaline, et on se trouve exposé *aux mêmes inconvénients*. L'un de nous n'a vu jusqu'ici aucun cas d'alvéolite post-opératoire, mais l'autre en a observé un cas très net qu'il attribue sans aucune réserve à une ischémie trop intense.

C'est donc notre devoir de dire ici que *toute méthode qui supprime trop radicalement l'hémorragie alvéolaire expose à l'infection alvéolaire.*

La supériorité de l'eau oxygénée sur l'adrénaline nous paraît résider en ceci, qu'à la suppression, qui nous paraît complète, de tout retentissement sur la pression vasculaire générale, s'ajoute une *souplesse infiniment plus grande* dans la possibilité de régler l'effet local.

Par contre, le point délicat de la méthode est dans l'infinie variabilité de la teneur en oxygène de l'eau oxygénée employée, teneur que, dans la pratique, on ne peut jamais connaître exactement. Sans doute l'*ischémie visible* de la muqueuse au moment même de l'injection est un bon guide, auquel on peut pratiquement s'en rapporter pour limiter la quantité du liquide à injecter, mais il ne met pas à l'abri de l'inconvénient suivant. Si la teneur en oxygène de l'eau oxygénée employée était excessivement élevée, le signe que nous indiquons permettrait bien d'arrêter l'injection en temps

utile, mais dans ce cas la quantité d'anesthésique introduit risquerait d'être véritablement insuffisante.

Aussi recommandons-nous d'employer exclusivement le perhydrol, indiqué d'ailleurs par Marmouget lui-même. C'est la seule façon d'obtenir des résultats à peu près identiques à eux-mêmes et comparables entre eux.

Les suites opératoires que l'on observe sont les suivantes : généralement peu ou pas de douleur après l'extraction ; de toute façon, elle nous a semblé moins fréquente et moins forte qu'après les solutions adrénalisées ; jamais d'hémorragie, ni médiate ni immédiate ; souvent, pendant un jour ou deux existe un léger œdème qui ne s'accompagne d'aucune sensation et disparaît facilement ; on n'observe pas de suppuration des plaies, mais quelquefois nous avons vu les tissus superficiels au niveau des piqûres se sphacéler légèrement, ce qui amène un certain retard dans la cicatrisation ; dans les cas heureux, et ils sont fréquents, la cicatrisation est assez rapide ; quant à la sensation de tension si caractéristique, qui accompagne toute injection anesthésique sous-gingivale, elle est ici un peu plus accentuée et dure un peu plus longtemps qu'avec toute autre solution. Nous l'avons vue persister quelquefois au delà de vingt-quatre heures.

Comme nous venons de le voir, le mélange cocaïne, ou novocaïne, et eau oxygénée, donne des résultats extrêmement intéressants pour l'extraction des dents. On peut les résumer ainsi : pouvoir anesthésique de la cocaïne et de la novocaïne augmenté, grande action hémostatique sans les trop graves inconvénients de l'adrénaline, diminution de la toxicité par diminution des doses, suppression des malaises et des accidents médiats ou immédiats. Ces propriétés rendent l'emploi de ces solutions précieuses dans certains cas : chez les nerveux, les enfants, les vieillards, les diabétiques, les femmes enceintes, chez tous les « idiosyncrasiques ».

Par contre, nous considérons cette combinaison comme nettement inférieure à la combinaison cocaïne, ou novocaïne-adrénaline, pour l'anesthésie « intra-dentaire ».

(*Presse médicale*, 23 avril 1913.)

BRIDGE AMOVIBLE

Par B. Howell, d'Ann Harbor.

Les bridges que je présente sont de deux types :

1° Ceux qui ont tout leur support uniquement sur des points d'appui sans support réciproque par les tissus mous ;

2° Ceux qui ont tout leur support sur les tissus mous avec un support secondaire sur un ou deux points d'appui !

Un exemple du premier type est donné par une pièce entre la 2e bicuspide et la 2e molaire avec un inlay et un tube dans la bicuspide et une cheville fendue fixée à la pièce, à l'extrémité de laquelle se trouve un support en fil métallique, courbé en forme de crochet, ce dernier reposant dans un inlay foré d'un trou pour recevoir ce crochet ; un bridge de ce genre ne peut répondre à tous les besoins. Ce mode de fixation est permanent car la cheville fendue supporte toute l'usure et demeure stable malgré la tension exercée sur la pièce. Ce type se prête à diverses combinaisons.

Le 2e type donne lieu à beaucoup d'erreurs, provenant presque toujours du désir d'obtenir une résistance supplémentaire à l'effort exercé sur le bridge en fixant celui-ci à un ou plusieurs points d'appui. Exemple de ce cas : un maxillaire inférieur dont toutes les dents sont tombées après la 2e bicuspide. Suivant moi il ne doit être fixé aux points d'appui aucune attache susceptible d'entraver le mouvement en haut et en bas. Un procédé commun consiste à employer deux couronnes télescopiques sur des couronnes. Si ce bridge est bien construit, si sa selle est mise sous pression avant l'assemblage pour la soudure et si toute précaution est prise pour rendre la chose parfaite il se produit à bref délai immédiatement sous le bridge une résorption du procès alvéolaire due à la pression et le bridge sera suspendu comme s'il avait des attaches. Cela amène l'ébranlement des points d'appui et de l'inflammation autour de la région gingivale se terminant par la perte des dents et la construction d'un nouveau bridge ou le rejet du premier bridge par le patient et un blâme au praticien.

L'idéal pour un bridge de ce genre, c'est l'attache Roach, qui permet les mouvements en haut et en bas sans limites ; en exerçant l'effort convenablement, il ne s'exercera pas de traction en arrière sur les points d'appui et leur utilité sera fortement accrue.

Autre avantage de la méthode : la pièce peut se faire en vulcanite ou en base coulée et en vulcanite, d'où un prix modique, ce qui est bien à considérer, car les bridges amovibles qui sont souvent en or sont trop onéreux pour les patients moyens.

L'attache Roach comprend un tube rond d'or au 26 de la jauge, avec une rainure dans toute sa longueur, d'un côté pour recevoir une boule solide à longue tige qui sert de moyen d'attache ; cette tige située près de la boule a un épaulement qui semble être la limite entre la partie faisant saillie et la partie engagée ; l'extrémité de la tige est élargie pour aider à fixer l'ancrage.

On a ainsi une zone de contact entre les deux parties si petite qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un instrument de parallélisme pour ajuster la pièce, ce qui simplifie grandement la technique. Ce mode d'attache est le plus petit et le plus fort. Les deux parties sont interchangeables et peuvent s'adapter à tout mode d'attache, inlay, couronne ou vulcanite. La boule peut être soudée à une couronne d'or, coulée en inlay ou dans une couronne de porcelaine à base coulée pour la 2e bicuspide de chaque côté, l'autre partie de l'attache étant fixée à la portion amovible du bridge. La stabilité est accrue par une barre linguo-alvéolaire en or au 10 de la jauge. Si les dents manquent d'un côté seulement, la barre peut être étendue autour et fixée avec la même attache à une couronne ou à un inlay de l'autre côté.

En résumé je ne crois pas à l'universalité des bridges amovibles, mais j'estime que certains types de bridges fixes sont applicables dans un grand nombre de cas. Les bridges de ce genre sont plus hygiéniques et permettent la restauration des tissus perdus, ils sont faciles à réparer, exigent la destruction de moins de dents pour les points d'appui ; sont d'un prix moindre grâce à la vulcanite.

(*Dental Summary*, juin 1913.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'IMMUNITÉ CONTRE LA CARIE DENTAIRE

Par Th. von BEUST, de Dresde.

En me livrant à des expériences pour déterminer la présence et la nature d'agents semblant contribuer à l'immunité apparente de certaines dents, l'idée me vint d'essayer de découvrir le caractère de matières bien connues supposées contenir du tissu organique, vu dans des sections d'émail, et surtout de m'assurer si ces matières avaient rapport quelconque avec un métabolisme existant peut-être dans ce tissu. Comme ces matières ont été fréquemment décrites par divers observateurs nous pouvons nous dispenser de les décrire ici.

A cet effet je cimentai des dents fraîchement extraites dans les bouchons de liège de bouteilles contenant une solution de fuchsine

fortement a'coolique de telle façon que la pointe seule de la racine touchait le liquide. Après des laps de temps, variable de quelques heures à 2 semaines, j'observai que les couronnes avaient pris une teinte rouge sombre. Des coupes de dents traitées de cette manière montrèrent qu'une communication directe par les canaux existait entre la pulpe et la surface de l'émail, comprenant souvent la cuticule dentaire. De ces coupes résulte ce qui suit :

1° Les lignes ou canaux vus par des observateurs antérieurs sont des conduits par lesquels le plasma peut arriver dans toutes les parties de l'émail ; 2° l'émail est vasculaire à divers degrés ; 3° cette vascularité peut faire que l'immunité à la carie de certaines dents soit due à la dent elle-même et soit le résultat de la formation d'anti-corps ; ce qui ne veut pas dire que la salive doive être exclue comme facteur influençant l'immunité.

Si l'aiguille d'une seringue est solidement cimentée dans l'ouverture apicale agrandie d'une racine à grande cavité pulpaire dont la pulpe a été enlevée, on peut faire l'expérience suivante ; on remplit la seringue d'une teinture, on y introduit à plusieurs reprises un fil métallique pour chasser l'air, on introduit le piston qui doit être parfaitement étanche. Avec les doigts on exerce une pression sur le piston. Dans un délai variant de quelques minutes à quelques jours suivant la pression et la densité de la dent, la solution sera visible dans toutes les parties du tissu externe. Une coupe de cette dent montre que les canaux de l'émail sont teintés et qu'ils communiquent par la dentine et le cément entre la pulpe et la membrane péridentaire. La relation intime existant entre la pulpe et le cément est ainsi nettement démontrée. Ces canaux de communication expliquent, suivant moi, la sensation quelquefois éprouvée par le patient quand on fraise dans des racines mortes, ainsi que l'immunité relative de ces racines à l'égard des agents producteurs de carie.

Ces expériences et ces observations doivent dissiper tous les doutes touchant la substance interprismatique, ainsi que le métabolisme existant dans l'émail et ne sauraient manquer de modifier nos idées sur les facteurs influençant la carie et l'immunité à la carie.

(Dental Cosmos.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 1er juillet 1913.

Présidence de M. AUDY.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Godon, empêché d'assister à la séance et annonce le don par l'auteur M. Auguste Marie, des *Notions générales de Pathologie du Manuel du chirurgien-dentiste*, dernière édition, qui vient de paraître. Ces ouvrages seront remis à la bibliothèque où ils seront à la disposition des membres de la Société.

Le président souhaite la bienvenue parmi nous, à M. Huet, bibliothécaire de la F. D. I., et qui s'occupe de tous les travaux de bibliographie dentaire.

II. — AMÉLIORATIONS A LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DENTAIRE PAR L'USAGE DE MOTEURS ÉLECTRIQUES A GRANDE VITESSE, PAR M. HUET, DE BRUXELLES.

M. Huet donne lecture de sa communication [1]. Il démontre ensuite le fonctionnement de ses appareils et opère dans la bouche d'une malade avec un plein succès.

Il fait une démonstration au tableau noir afin de préciser quelques détails.

M. Huet. — Il vous est possible de transformer vos moteurs de façon à obtenir une vitesse plus grande. Je ne parlerai pas de la vitesse que je viens d'atteindre tout à l'heure — il s'agit en l'occurrence de moteurs sous-voltés, — mais enfin vous obtiendrez une vitesse supérieure. Les moteurs du commerce sont mal conçus. J'ai été à ce propos, en relation avec diverses maisons de fournitures dentaires et avec des électriciens ; mais tous s'arrêtent à des données théoriques, qui ne correspondent pas à ce qu'il est possible d'obtenir en pratique.

Les connections des moteurs en usage sont établies de façon que le courant circule successivement dans les deux bobines d'induction, et crée ainsi deux pôles aux masses entre lesquelles

1. V. *Odontologie*, 30 août 1913, p. 148.

tourne l'induit. Si je considère chacune des bobines comme un électro-aimant distinct et que je connecte les fils de façon à faire produire à chacune d'elles une aimantation de même sens, je double l'intensité des pôles, augmentant ainsi la vitesse de rendement du moteur.

Nos moteurs dentaires transformés de cette manière arrivent à des vitesses variant de 4.500 à 5.200 tours. C'est en réalisant cette transformation sur des moteurs sous-voltés, c'est-à-dire à rendement renforcé, qu'on arrive à la vitesse de 7.000 tours. Cette vitesse obtenue il faut évidemment renoncer à l'arrêt par freinage électrique. Il vous suffit d'ajouter un simple dispositif d'embrayage électro-magnétique, très facile à construire, pour débrayer instantanément la fraise ; le moteur s'arrêtant librement.

DISCUSSION.

M. Roy. — Les moteurs qui sont susceptibles d'être transformés comme vous venez de nous le montrer sont-ils des moteurs spécialement fabriqués pour l'usage des dentistes ?

M. Huet. — Ce sont des moteurs industriels, qui sont payés couramment 50 ou 60 francs. Transformés ils consomment moins de courant qu'un moteur ordinaire, 4/10 d'ampère environ.

Tous les moteurs dentaires actuels sont mal construits en ce sens qu'on les fait en dynamos réversibles en moteurs. Ce qu'il nous faut à nous, ce sont des moteurs. Or nous perdons 50 °/₀ en les reliant comme nous le faisons actuellement, étant donné que l'induit tournant n'est soumis que successivement aux pôles de l'inducteur.

M. Roy. — C'est très intéressant, on peut gagner du temps et de la vitesse dans un travail déterminé.

Pour la préparation d'une couronne et dans tous les travaux similaires, cela présente un gros avantage, parce qu'on peut réduire considérablement le temps nécessaire pour la préparation d'une couronne qui demande habituellement un temps matériel assez considérable, parce qu'il faut donner pas mal de tours de meule pour préparer une dent. Or, si le nombre des tours de meule pour un temps donné sont doublés, on diminue de ce fait de moitié le temps nécessaire à la préparation de la dent.

Ce procédé nous donne le moyen de gagner du temps et également de l'argent par une consommation moindre d'électricité et aussi par l'établissement d'un tour à des conditions bien inférieures à celles qui nous sont faites actuellement.

M. Roy. — Avec cette vitesse que vous obtenez, lorsque vous vous attaquez à une dent de porcelaine, n'y a-t-il pas de risque de voir se produire des éclats pour les bords un peu minces ?

M. Huet. — Si vous prenez une meule mince, bien centrée, il n'y a pas de danger du tout. C'est une question de doigté. Vous pouvez égriser une dent en vous servant d'un moteur tournant à 2.000 tours, mais les risques ne sont pas augmentés par une plus grande vitesse, au contraire, ils sont diminués parce que la trépidation n'existe plus.

M. Roy. — Je signale ce point : avec les tours d'atelier, au pied, on obtient une vitesse modérée et on risque moins de faire des éclats qu'avec un tour tournant à une vitesse trop grande.

M. Huet. — C'est exact, mais je ferai remarquer qu'il y a plus de dangers avec les vitesses intermédiaires qu'avec une vitesse très grande.

Ainsi que vous avez pu le constater dans ma démonstration, plus la vitesse est grande, moins il y a de trépidation.

J'insiste d'autre part sur le principe que l'on ne doit pas chercher à obtenir un effet mécanique d'usure au moyen d'instruments à large surface, mais bien une action tangentielle à l'aide de meules tranchantes.

Le président. — Je suis heureux de remercier M. Huet de sa communication et de constater que ses indications ont été si claires et si précises dès le début que personne n'a lieu de lui demander des éclaircissements sur ce qu'il vient de nous montrer.

Nous sommes très heureux de voir qu'on peut obtenir, d'abord au point de vue économique, un tour à bien meilleur compte que ceux qui sont sur le marché et avec une consommation d'électricité moindre, tout en obtenant une vitesse supérieure qui nous permet de gagner la moitié du temps consacré au travail de préparation de couronnes ou de dents quelconques.

Je remercie encore une fois M. Huet de sa communication et je me permettrai de le remercier doublement, d'abord pour cette communication très intéressante, ensuite parce qu'il est venu de Bruxelles pour nous donner ces explications. Et nous rappelant la parole de Pasteur : « Que si la science n'a pas de patrie, le savant en a une », nous sommes heureux de remercier M. Huet pour sa communication et de le saluer comme représentant d'une nation amie.

III. — Le savon, agent de thérapeutique et d'hygiène, par M. André.

M. André donne lecture de sa communication.

Discussion.

M. Ferrand. — M. André ne nous a pas parlé du savon au sujet de l'hygiène de la bouche en particulier. Il n'a pas fait allusion à

l'emploi du savon dans ce cas. Je lui demanderai aussi ce qu'il pense des essences qu'on emploie couramment pour les dentifrices?

M. André. — On peut associer au savon toutes les essences en général, c'est aux dentistes de déterminer, par conséquent, celles qui sont le plus convenables. On peut associer au savon ce que j'ai signalé, mais par contre il ne faut pas employer d'acide borique, de sels métalliques. J'ai signalé l'acide borique en particulier, parce que le savon borique est très courant. Il y a certains acides qui ne décomposent pas les savons. Ce sont les acides comme l'acide salycilique. Ces acides ne décomposent pas le savon, ils s'y dissolvent, mais sans le décomposer. Il y a là une question d'incompatibilités à envisager. Cette question n'a jamais été envisagée jusqu'à présent, ou du moins elle ne l'a été que fort peu, parce que, dans le savon en pains, on ne se préoccupe pas des médicaments.

Au point de vue dentaire, évidemment, il y a un choix à faire des agents à utiliser. J'ai signalé qu'on pouvait pour la bouche employer le chlorate de potasse, par exemple, mais il y a évidemment d'autres médicaments qu'on peut employer.

M. Garcin. — N'y a-t-il pas une incompatibilité à associer l'acide salicylique à cause de l'alcalinité du savon ?

M. André. — Le savon ne doit pas être alcalin.

Il est alcalin d'origine, en raison de sa fabrication, mais son alcalinité doit disparaître. On la fait partir à l'air.

Le savon contient une certaine proportion de carbonate de soude.

M. Garcin. — On ferait mieux d'employer le salol.

M. André. — Le salol n'est pas soluble.

M. Garcin. — La plupart des poudres dentifrices que contient le savon sont des poudres insolubles qui agissent au point de vue mécanique, dans la bouche.

M. André. — Je me place au point de vue de la fabrication du savon proprement dit. Il y a une question d'application qui est intéressante.

Si vous faites intervenir le salol, par exemple, le salol qui n'est pas soluble agira pour son propre compte, en quelque sorte par son effet mécanique.

M. Ferrand. — Par conséquent, les dentifrices à base de savon seraient très bons, atteindraient très bien le but ?

M. André. — On peut parfaitement faire un savon dans lequel figure un médicament dentifrice. En dehors du savon employé comme dentifrice, vous pouvez faire un savon médicamenteux approprié au résultat recherché.

Un membre. — Les savons liquides qu'on trouve dans le com-

merce ne sont-ils pas plus caustiques que les savons ordinaires ?

M. André. — Ils sont très alcalins. J'attribue l'alcalinité de ces savons à ce fait que la solution se dissocie, ce qui regénère les éléments constitutifs, les éléments acides d'un côté, de l'autre côté les alcalins.

Les solutions de savon, en général, ne sont pas stables, parce que le savon se dissocie en solution. Par conséquent si vous ne faites pas une fabrication spéciale pour savon liquide, si vous prenez les savons tels qu'ils existent, vous courez le risque d'avoir des savons qui se dissocient et deviennent alcalins.

M. Amoëdo. — Que pensez-vous du savon médicinal ?

M. André. — Le savon médicinal est une fort mauvaise préparation. Il est préparé, à vrai dire, par simple mélange des éléments et on laisse le produit se faire à la longue.

Dans ce produit il y a de la soude caustique qu'on emploie en trop grand excès. A la longue l'air le neutralise par l'acide carbonique, et l'on peut se demander si un savon contenant beaucoup de carbonate de soude est bien bon pour la peau ?

Je crois même que ce savon médicinal n'a jamais eu beaucoup d'usage en pharmacie. C'est une formule qui existait autrefois, mais qu'on n'emploie plus. Ce savon est, je le répète, très caustique.

M. Roy. — On ne doit pas le faire entrer dans la préparation des dentifrices ?

M. André. — Même dans ces formules, on n'en met que des doses extrêmement restreintes. Essayez-le comme dentifrice, vous le trouverez désagréable.

M. Miégeville. — J'ai fait des essais à ce sujet-là. Ce savon a beau contenir des essences aromatiques, il est épouvantable comme goût. Je parle du savon liquide.

M. André. — J'ai vu des médecins qui l'emploient pour leur usage comme dentifrice. On peut le faire moins concentré et y ajouter d'autres produits, mais ce n'est plus du savon, c'est une association médicamenteuse.

Le président. — Je remercie M. André de sa communication. Je vois avec plaisir qu'elle intéresse tout le monde ici, puisque chacun de nous a eu quelques observations à faire à propos de cette question.

Je vous dirai que depuis un an ou 18 mois j'emploie d'une façon courante le savon liquide que M. André prépare et j'ai pu constater qu'il était beaucoup mieux toléré par la peau que les savons ordinaires, et surtout que le savon liquide qu'on trouve dans le commerce.

A propos de l'objection de M. Miégeville, je dirai que ce savon li-

quide a moins mauvais goût dans la bouche que les savons courants.

Je suis arrivé, depuis que je fais des redressements à l'aide d'appareils inamovibles, à me servir de ce savon pour nettoyer la bouche des enfants qui portent ces appareils. Ce savon est très bien toléré. Je prescris habituellement le savon de géranium.

M. André fait une solution de 2 pour mille d'essence de géranium dans son savon, le goût en est très supportable. Avec ce savon, vous avez en même temps l'action antiseptique de l'essence de géranium qui est à considérer. J'ai fait ainsi nombre de redressements qui n'ont jamais provoqué d'inflammation.

M. Miégeville. — On peut arriver à masquer le goût du savon, cependant il y a certaines personnes qui aiment le goût du savon. Moi je ne l'aime pas.

Le président. — Sans aimer un goût donné, on peut néanmoins le supporter. La saveur n'est pas un inconvénient pour l'action très énergique du savon lorsqu'il s'agit de nettoyer des bouches où l'on a placé des appareils inamovibles. Voilà surtout le point intéressant pour notre profession.

IV. — Compte rendu scientifique de la section d'odontologie au congrès de Tunis de l'Association française pour l'avancement des sciences, par M. Vanel.

M. Vanel donne lecture de son compte rendu [1].

Le président. — Je ne crois pas nécessaire d'ouvrir une discussion à propos de la communication de M. Vanel. Je serai certainement votre interprète en le remerciant de ce travail si complet dont il vient de nous lire quelques extraits.

Le retour du Congrès de Tunis a été marqué pour lui par une maladie grave qui peut être imputable dans son cas aux nécessités professionnelles. Nous sommes heureux de pouvoir le féliciter de s'être si complètement rétabli.

V. — Incidents de la pratique journalière, par M. Léger-Dorez.

M. Léger-Dorez donne lecture de deux notes, une sur les bagues fendues à recouvrement, l'autre sur sa méthode des blocs à recouvrement [2].

M. Léger-Dorez. — Nous avons à obturer par exemple une grosse carie de la face triturante, d'une seconde grosse molaire inférieure empiétant sur la face mésiale au point de venir en contact avec la muqueuse interdentaire. Cette carie obturée par un bloc avec la

---

1. V. *Odontologie*, 15 et 30 juillet 1913.
2. Ces communications seront prochainement publiées.

méthode ordinaire, offre beaucoup de chances de réinfection au niveau du collet, car il est très difficile d'éliminer avec certitude tous les points de carie et la solution de continuité créée au niveau du bloc et de la cavité se trouve précisément à cet endroit vulnérable entre tous, le collet.

Avec ma nouvelle méthode dite du « Bloc à recouvrement » plus rien de semblable n'est à redouter, on le comprendra aisément.

Voici d'abord comment se prépare la cavité : muni au préalable d'une série de paquets de limes à séparer ne coupant que sur une seule face, je commence par faire passer entre les dents naturellement la plus mince des limes, n'entamant bien entendu, que la dent à obturer. Dès que la première lime passée entre les dents est parvenue à la gencive, une seconde plus épaisse, puis une troisième et une quatrième sont successivement utilisées de la même façon. Avec une loupe et un violent foyer de lumière il est assez facile de se rendre compte si la coupure pratiquée de cette façon présente une surface bien plate intéressant absolument toute la hauteur de l'espace interproximal de l'organe. Pour que l'examen soit satisfaisant, il faut que la dent présente une coupe aussi nette que si avec une lame de couteau on avait enlevé le tiers bombé d'une poire. Cette première préparation terminée, le reste de la cavité est nettoyé, taillé de dépouille, ou garni de ciment pour arriver au même résultat.

Une bande d'or à 22 carats choisie exactement de la même épaisseur que la dernière lime employée, est essayée coïnçant légèrement entre les deux dents. Dans cette bande, adaptée à l'antagonisme afin qu'en mordant le patient ne blesse pas en enfonçant la bande dans sa gencive, sont pratiquées deux ou trois petits trous avec une pince à contreplaquer. (Il faut que la bande touche la gencive sans entrer dans cette dernière.)

Ces préparatifs demandent moins de temps certainement à faire qu'à décrire.

Après avoir séché et vaseliné légèrement la cavité, la bande d'or est enduite (côté touchant à la carie) d'une couche de cire spéciale à la fonte des blocs et encore tiède, la bande est placée entre les dents, immédiatement une goutte de cire chaude apportée au niveau et coulée dans la carie la comblera entièrement.

Sitôt la cire figée, une seringuée d'eau-forte la solidifiera davantage. Le malade invité à mordre très fort complètera le travail en imprimant son antagonisme. L'épingle de coulée placée, il ne reste plus qu'à sortir l'inlay qui entraîne avec lui la bande décrite plus haut. L'inlay coulé en or fin, il ne reste plus qu'à limer le débordant de la bande en ménageant au bon endroit le point de contact.

M. Léger-Dorez soumet à l'assemblée divers blocs d'or fin adaptés sur fantôme de démonstration.

DISCUSSION.

Le président. — Nous remercions M. Léger-Dorez de ses présentations. Vous voyez qu'il a toujours des choses intéressantes à nous montrer. Ce petit tour de main pour la préparation des caries proximales et pour la prise des empreintes approximales est à la fois très simple et très précis.

M. Huet. — Je félicite M. Léger-Dorez de son excellente idée, son procédé est réellement très ingénieux, comme tout ce qu'il nous présente d'ailleurs.

Je lui demanderai s'il n'a pas remarqué des différences considérables suivant les marques de cire employées. Il y a notamment un retrait très prononcé lorsqu'on fait un inlay avec la cire ordinaire.

M. Léger-Dorez. — Oui, si vous laissez durcir la cire trop longtemps.

Je crois éviter cet inconvénient en mettant la cire immédiatement en revêtement à sa sortie de la bouche, mon revêtement étant préparé avec de l'eau tiède.

Mon revêtement est fait de deux parties de sable blanc de Saxe et une partie de plâtre de Paris,ce revêtement a aussi peu de retrait que possible.

M. Huet. — Je crois que la question du retrait devrait être remise à l'étude.

M. Roy. — La question soulevée par M. Huet est très intéressante. Elle a fait l'objet d'un travail qui a paru dans le *Cosmos* l'année dernière. Je me rappelle notamment des figures très curieuses qui illustraient l'article. On y montrait une série de barres d'or et de barres de cire de même calibre et, suivant les cires employées, suivant les revêtements, il y avait des différences considérables dans le volume et dans la forme. Un article a d'ailleurs été publié à ce sujet dans *L'Odontologie*[1]. C'est une question intéressante à examiner.

M. Ferrand. — J'admire toujours les travaux de M. Léger-Dorez, cependant je crois que dans le cas présent c'est une complication qui ne permet pas de reconstituer la face mésiale ou distale de la dent.

D'autre part ce procédé oblige à pratiquer une destruction considérable de la dent saine. Dans ce cas, on peut faire un inlay sans être obligé de perdre du temps à fixer une plaque de métal,

---

1. *Odontologie*, 15 mai 1912, p. 417.

à séparer les dents avec une scie à main ou avec une lime, méthode qui est certainement très longue et qui oblige à une perte de substance saine, qu'on doit conserver. D'autre part, on rend le bord de la dent très fragile par ce procédé-là sans obtenir le point de contact parfait obtenu par le procédé ordinaire.

M. Léger-Dorez. — Le bloc à recouverment est précis dans sa simplicité. Il ne demande pas plus de temps à exécuter, il permet de reconstituer au contraire avec beaucoup de précision la face mésiale en ménageant le point de contact là où il doit être.

La seule difficulté que rencontre ma méthode se trouve dans la séparation des dents, mais je rends ce travail moins pénible en préparant mes limes à séparer de cette façon, chaque lime est cassée à environ quatre centimètres de longueur, chacune des extrémités trempée dans un peu de plomb fondu ou du métal fusible qui enrobent les bouts de telle façon, que cette lime pouvant être tenue entre le pouce et l'index de la main droite sans blesser les doigts permet en assez peu de temps de séparer deux dents sans couper les lèvres ni la langue et cela assez rapidement, manœuvrée adroitement, cette lime fait des coupures assez nettes pour ce travail.

J'ai prié bien souvent la Maison Ash de m'exécuter de pareilles limes sans pouvoir obtenir qu'elle m'en livre, je suis donc obligé de les confectionner moi-même.

La protection de la dent obturée par cette méthode est assurée d'abord par la suppression de toute la partie infiltrée, puis par le recouvrement, sorte de juxtaposition en marches d'escaliers de la bande d'épaisseur tenant après le bloc proprement dit, enfin, par la reconstitution intégrale de la partie supprimée à la lime et la bonne disposition du point de contact.

Avec la méthode du bloc à recouvrement, pas d'arrachement de cire comme avec le procédé ordinaire, pas de retouches imprécises, tout est de précision, il suffit d'un peu d'habileté et d'habitude.

J'ai déjà placé une quinzaine de ces blocs et j'en retire, au fur et à mesure que vient la perfection, de plus en plus de satisfaction.

M. Roy. — Ce qu'a dit M. Léger-Dorez à propos de la récidive est tout à fait logique. La récidive de la carie se produit en trois points. Je ne parle pas des obturations très mauvaises, mais des obturations moyennes. Les trois points où se produit la récidive sont le point cervical et les bords latéraux. Or pourquoi ces récidives se produisent-elles ? C'est parce que la préparation est insuffisante. Or il est exceptionnel qu'on puisse laisser dans une carie proximale les bords latéraux dans la portion en contact avec la dent adjacente. Quand vous enlevez une dent, vous n'avez qu'à examiner la carie sur la face proximale, vous verrez que la

carie s'étend toujours beaucoup plus loin qu'on ne le suppose et sur la partie latérale, et sur la partie cervicale. Sur cette dernière partie vous n'irez jamais trop loin.

Pour ma part j'ai pour principe d'entamer avec ma fraise sur la partie cervicale aussi loin que ma fraise peut entamer. Je me rappelle avoir vu dans un journal, il y a une quinzaine d'années, un article d'un confrère, c'était un Américain, qui disait que si les obturations au ciment étaient défectueuses, c'est qu'elles s'étendaient sous la gencive et que celle-ci avait un pouvoir dissolvant du ciment. C'est une erreur ; c'est parce que la préparation a été insuffisante à la partie cervicale car le ciment est très bien toléré par la gencive qui ne le dissout pas.

Vous devez descendre jusqu'à ce que vous ne rencontriez plus de dentine altérée. Or regardez la teinte crayeuse qu'affecte une carie. Regardez la partie cervicale et voyez jusqu'où descend la teinte crayeuse, et vous verrez que vous devez descendre dans la partie cervicale le plus souvent jusqu'au cément.

Dans la préparation de mes cavités, lorsque j'ai une cavité cervicale comme ceci (démonstration au tableau noir), je prends un ciseau de la grandeur appropriée et je râcle sur la partie cervicale jusqu'à ce que j'aie une résistance sérieuse et jusqu'à ce que je ne voie plus l'apparence crayeuse.

Ce que je viens de vous dire pour la partie cervicale s'applique à peu près à la partie latérale. Les taches d'émail, les altérations d'émail, sont extrêmement étendues également sur les parties proximales et le plus souvent il y a intérêt à faire ce que Black a appelé l'extension pour prévention, qui consiste à donner aux dents des bords métalliques, disant avec raison que la carie ne se produit pas lorsque vous avez deux surfaces métalliques en contact. Si vous avez deux surfaces de dents, il pourra se faire de la carie. Pour ma part, lorsque je fais un inlay d'or, je ne laisse jamais de contact entre mes bords d'émail. Je taille la face proximale avec des disques de façon à avoir une surface d'or entre mes dents.

Le procédé qu'indique M. Léger-Dorez, quoi qu'il en dise, n'est peut-être pas absolument parfait. Cependant au point de vue pratique, cela facilite cette prise d'empreinte de la partie latérale, qui est évidemment un peu difficile, surtout si les dents voisines sont un peu gênantes. Je me propose néanmoins d'essayer ce procédé.

M. Garcin. — Ce qu'il faut éviter c'est l'écartement de la plaque.

M. Léger-Dorez. — Il n'y en a pas. S'il y a de l'écartement, c'est que la bande d'or n'est pas assez épaisse. Vous devez avoir une lame d'or de la même épaisseur que la lime qui tranche absolument. Si vous supposez votre espace épais comme cela (démons-

tration au tableau noir) vous devez entamer votre dent comme cela, jusqu'à la base. Vous ne devez pas avoir d'espace libre à côté de la lame d'or. Si votre or est de la même épaisseur, vous mettez votre lame comme dans une coulisse, bien à plat, et elle comble l'espace cervical, vous n'avez plus qu'à emplir le trou avec de la cire, cette plaque vient se juxtaposer exactement et vous êtes sûr d'avoir l'épaisseur voulue. Vous aurez surtout la matière pour reconstituer à la lime la forme primitive de la dent.

M. *Amoëdo.* — Je pensais faire tout à l'heure la remarque qui vient d'être faite par M. Ferrand, qui critiquait M. Léger-Dorez d'avoir trop agrandi la cavité. C'était là un désavantage que je voyais à la préparation des cavités par M. Léger-Dorez.

L'expérience a démontré que dans la préparation des cavités interstitielles, le seul moyen d'éviter la récidive de la carie des bords de la cavité, consiste à ne pas laisser des tissus dentaires en contact avec la dent voisine. Dans d'autres termes, les aliments en passant contre la matière obturatrice doivent la polir des côtés vestibulaire et lingual.

Wedelstead est arrivé à établir la formule suivante : si la couronne de la dent a 9 mm. de largeur linguo-vestibulaire, la cavité doit occuper les 6 mm. du centre et laisser 1 mm. 1/2 de chaque côté. Les Américains appellent cette méthode « les deux tiers ».

Pour ce qui a trait au bord cervical de la cavité, je trouve le procédé qui nous est présenté ce soir sujet à caution. Pour éviter la récidive de la carie, je préfère de beaucoup la méthode de Black qui consiste à tailler ce bord cervical en biseau ouvert en dehors avec des coupe-émail spéciaux.

Pour prendre l'empreinte de ces cavités interstitielles, je place une matrice droite en acier très fin entre les dents, que je fais tenir en place contre la dent cariée au moyen d'une cale en bois d'oranger taillée en forme trapézoïde. Lorsque la cavité est bien remplie de cire collante, je la refroidis et je retire la cale et la matrice ; j'arrondis les côtés vestibulaire et lingual, et assure le point de contact avec la dent voisine en pressant la cire sur la face triturante avec un brunissoir ovalaire. Pour retirer cette empreinte, je la refroidis bien et ayant dans la main gauche une seringue chargée d'eau froide, j'enfonce dans la cire une aiguille chaude, que je refroidis de suite pour éviter de déformer l'empreinte par la chaleur. Si les bords de la cavité sont parallèles, l'empreinte sort très facilement et lorsque l'inlay en or est fini il doit présenter un bon point de contact avec la dent voisine et laisser libre l'espace interdentaire.

M. Léger-Dorez. — Ce que vient de dire, M. Amoëdo, est pour moi, la condamnation du bloc comme nous le faisions naguère ;

précisément l'application en l'interposant, de cette bandelette d'acier, crée du vide entre les dents en diminuant l'épaisseur du bloc, enlève le point de contact. Votre inlay obturera la dent à la façon d'un bouchon rasé au ras du goulot, et la solution de continuité se trouvera précisément à l'endroit le plus vulnérable à la carie, c'est-à-dire au collet. Quant aux bords élevés n'étant pas recouverts ils seront une proie facile à l'éclatement sous les efforts de la mastication. Ma préférence va droit à la méthode du « Bloc à recouvrement » qui solutionne tous ces inconvénients en les supprimant.

M. Ferrand. — Les orateurs qui m'ont précédé, MM. Roy et Amoëdo m'ont fait dire que je n'étais pas partisan de la théorie de l'extension de la cavité. Je n'ai pas voulu dire en critiquant le procédé de M. Léger-Dorez que je n'étais pas partisan de cette théorie.

Le procédé ordinaire facile et pratique nous permet de faire l'extension préventive d'une façon beaucoup plus parfaite que l'ingénieux, mais, à mon sens, inutile procédé de mon confrère Léger-Dorez. Il ne faut pas confondre l'extension préventive qui nécessite la suppression des parties faibles ou susceptibles de le devenir avec la destruction des parties de la dent qui en sont son armature comme dans la plupart des cas où sera employé le procédé qui nous est présenté.

M. le président. — Nous remercions encore une fois M. Léger-Dorez de ses très intéressantes communications et présentations.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye, 29 août 1913.

Discours de M. Ch. Godon.

Au cours du banquet de clôture de la F. D. I., M. Paterson, président de la Fédération a remis, ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, le diplôme du prix Miller à M. Godon, en attendant la remise solennelle de la médaille qui aura lieu l'année prochaine, à Londres, au cours du Congrès international. M. Godon a prononcé à cette occasion l'allocution suivante :

Mon cher Président,
Mesdames,
Mes chers confrères.

Au moment de prendre la parole pour vous remercier de votre si touchante manifestation, j'éprouve la plus vive émotion ; les grandes joies comme les grandes douleurs sont muettes, dit-on. Je ressens profondément l'une et l'autre en cet instant, vous le comprenez. Pour ce double motif, je devrais me rasseoir et me borner à la cordiale étreinte de notre cher président.

Pourtant je veux réagir pour vous exprimer, comme je le sens, toute ma gratitude. Excusez-moi si je ne trouve pas les mots qui conviennent pour traduire, comme je l'aurais souhaité, les pensées qui m'agitent, les sentiments que je ressens.

Le magnifique diplôme que vous venez de me remettre, mon cher président, comme titulaire du Prix Miller, est une œuvre des plus artistiques, qui fait le plus grand honneur au goût raffiné de ceux qui l'ont inspiré ainsi qu'au talent de l'artiste qui l'a exécuté ; mais j'y vois surtout le témoignage le plus précieux de l'estime et de la sympathie de l'élite de mes confrères, la plus haute récompense qui puisse m'être décernée de mes modestes efforts.

Je suis d'autant plus sensible à cette distinction, qu'elle m'a été attribuée en mon absence, l'année dernière à Stockholm, par le plus haut jury international de l'Art dentaire, alors qu'un deuil cruel me tenait pour la première fois depuis treize ans, éloigné de la réunion annuelle de la Fédération.

Lorsque je considère ce beau diplôme, je vois se dérouler devant

mon esprit toute l'histoire déjà glorieuse de notre Fédération pendant ces treize années.

C'est d'abord l'image de tous les chers confrères français qui depuis trente ans ont travaillé avec moi à la rénovation de notre art en France et se sont unis pour réaliser cet important et si heureux congrès dentaire international de Paris, en 1900, d'où est née la F. D. I.

Puis les dévoués collaborateurs de l'œuvre, ces hommes de tous les pays, au cœur généreux, à l'esprit élevé qui ont répondu avec enthousiasme à l'appel qui leur était adressé pour former notre Conseil exécutif et nos commissions ; ils n'ont pas craint, chaque année, de quitter leurs affaires, leur famille, leur pays, de franchir les plus grandes distances, pour se retrouver dans les diverses capitales du monde où la F. D. I. a tenu successivement ses assises et y travailler ensemble, dans ce grand Conseil consultatif de l'Art dentaire, avec le plus grand désintéressement, aux progrès de notre science spéciale, pour le bien de notre profession et le soulagement de l'humanité.

Notre pensée attristée s'arrête un instant pour saluer, parmi ces ouvriers de la première heure, la mémoire de ceux qui ont disparu ; Lecaudey de Paris, Harlan de Chicago, Franck de Vienne, Hesse de Leipzig, Barett de Boston, Haderup de Copenhague, et notre grand Miller dont nous conservons avec vénération et reconnaissance le pieux souvenir.

Et je revois chacune de nos intéressantes réunions annuelles. Après celles de Paris, ce sont celles de Londres et Cambridge, de Stockholm, de Madrid, de Saint-Louis et de Berlin, siège de nos si brillants 4e et 5e Congrès internationaux, de Hanovre, de Genève, de Londres où nous sommes revenus en 1911 et où se prépare sous l'habile impulsion de notre président le 6e Congrès international ; nos aimables confrères Hollandais, eux aussi, font comme la France, l'Angleterre et la Suède deux fois assaut de courtoisie et d'hospitalité pour recevoir la F. D. I. à Amsterdam en 1907 et cette année dans leur belle capitale de la Haye.

C'est ainsi que pendant ces treize années, la vaillante phalange a promené à travers le monde la bannière de la F. D. I., gagnant progressivement la confiance du Corps professionnel, l'estime des pouvoirs publics et forçant leur attention sur les principes qu'elle représente et les réformes qu'elle préconise.

Et aujourd'hui, pour cette belle manifestation dont j'ai le grand honneur d'être l'objet, quel cadre merveilleux avez-vous choisi. Je ne veux pas parler seulement du gracieux tableau qu'offre à nos yeux étonnés, sur cette jolie plage de Scheveningue, cette grande salle de banquet que les dames ont bien voulu honorer

du charme de leur présence et dont l'assemblée est composée de la véritable élite professionnelle mondiale, mais je veux parler du milieu spécial dans lequel nous nous trouvons ici, dans ce pays si hospitalier, aux penseurs généreux, aux novateurs hardis, au lendemain de la journée historique de l'inauguration de la fondation Carnégie : du Palais de la Paix.

Ne pensez-vous pas que, comme je le disais dans une réunion récente, notre Fédération apparaît ici, dans le domaine limité où évolue notre association dentaire internationale, comme un symbole et comme une première réalisation de cette admirable chimère : la fraternité universelle.

Aussi m'adressant au digne représentant de la Fédération, à notre cher président Paterson, aux mains vigoureuses et habiles de qui sont confiés depuis quatre ans, la direction et l'avenir de la F. D. I., je lui dis en terminant, le cœur rempli de la plus profonde gratitude pour la haute distinction qui vient de m'être remise, qui est le couronnement de ma vie professionnelle : merci, encore merci.

RAPPORT DE LA COMMISSION ROYALE SUR L'ENSEIGNEMENT A L'UNIVERSITÉ DE LONDRES

Nous extrayons de ce rapport publié par le British Dental Journal *du 2 juin 1913 les passages suivants qui présentent un grand intérêt pour la cause odontologique, en faisant bien remarquer que la Commission de laquelle il émane est composée de membres du* Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, *c'est-à-dire de médecins et de chirurgiens et non de dentistes. Ce ne sont donc pas des adversaires des études médicales, qui parlent, bien au contraire.*

. . . .

S'il est souhaitable que chaque dentiste obtienne un titre médical, il ne semble pas pratique de l'imposer par un règlement actuellement. Le nombre des étudiants en dentisterie qui suivent les cours qui leur sont communs avec les étudiants en médecine dans les écoles de médecine va en augmentant et les plus désireux de s'instruire font cela, parce que les personnes chargées de nommer le personnel enseignant des hôpitaux dentaires tiennent d'ordinaire à ce que les candidats à ces postes possèdent un diplôme médical, ainsi qu'un diplôme dentaire. Le nombre des dentistes diplômés (3150 environ) est bien inférieur à celui que nécessite la population du Royaume Uni ; le reste se compose en partie de dentistes non diplômés. Malheureusement le public n'est pas pro-

tégé contre ces dentistes non diplomés et dépourvus d'instruction spéciale et cela est très nuisible aux dentistes diplomés et habiles et détourne un grand nombre de jeunes gens d'embrasser la profession dentaire et de combler ses vides.

Il faut se rappeler que les études dentaires durent quatre ans et sont coûteuses.

. . . .

Dans les meilleures conditions le système de l'apprentissage est capable de produire d'excellents résultats, mais il n'offre pas de garantie que l'enseignement soit approprié ou bon et il est toujours limité par le savoir et les préférences personnels du praticien. Il a déjà été réduit de 3 à 2 ans. L'enseignement dans un laboratoire dentaire est depuis longtemps offert aux étudiants en dentisterie dans leurs hôpitaux spéciaux ou écoles. Un nombre d'étudiants qui va en croissant reçoit cet enseignement et il est hors de doute que le système de l'apprentissage suivra l'apprentissage médical et disparaîtra. Nous estimons que les étudiants doivent être encouragés à recevoir l'enseignement en prothèse dentaire au laboratoire dentaire de leur hôpital et que le but poursuivi sera mieux atteint de cette manière qu'en supprimant brusquement et, nous ajoutons, prématurément, l'apprentissage privé.

. . . .

Les étudiants entrés dans les écoles dentaires de Londres dans les 11 dernières années étaient au nombre de :

1904..........	94	1909..........	114
1905..........	100	1910..........	119
1906..........	130	1911..........	113
		1912..........	380

. . . .

La multiplication des écoles dentaires au delà des besoins absolus doit être déconseillée, principalement parce qu'elle entraînerait une dépense inutile pour les laboratoires et les appareils. De plus, il serait difficile de trouver pour des écoles nombreuses des instructeurs vraiment bien qualifiés et habiles et il serait certainement impossible de leur offrir une indemnité convenable.. . . .

Nous arrêterons là nos citations convaincus qu'elles ont une autorité considérable, non pas parce qu'elles viennent d'étrangers, mais parce qu'elles émanent de juges impartiaux et bien placés pour être à même de porter un jugement sûr et inattaquable.

NÉCROLOGIE

ALBERT LOUP

L'Ecole dentaire de Paris vient d'être douloureusement frappée par la mort prématurée de notre excellent confrère Albert Loup qui vient d'être enlevé à l'affection des siens et à l'amitié et à l'estime de tous les membres de notre groupement. Malade depuis plusieurs années, il avait à diverses reprises traversé des crises aiguës dont il était heureusement sorti et on voulait espérer qu'il finirait par triompher de la maladie, mais une dernière atteinte à la fin de juillet vient de l'emporter et c'est à Pau, où il se trouvait depuis quelque temps, qu'il est mort le 20 septembre à l'âge de 45 ans.

Né à Bordeaux en 1868, Albert Loup fut diplômé de l'Ecole dentaire de Paris en 1888. Il entra dans le corps enseignant de l'Ecole, en 1890, en qualité de démonstrateur de dentisterie opératoire. Il fut successivement: chef de clinique (1891), professeur suppléant de clinique (1897) et enfin professeur titulaire en 1902. Il se consacrait à ses fonctions pédagogiques avec un zèle et un intérêt remarquables dont peuvent témoigner les nombreuses générations d'élèves qui ont suivi ses leçons cliniques du mardi qu'il fit jusqu'à ces derniers temps, malgré l'état précaire de sa santé. L'Ecole lui décerna en 1906, la médaille d'or des professeurs, en reconnaissance de ses services dans le corps enseignant.

Il fit à la Société d'Odontologie nombre de communications intéressantes dans lesquelles tantôt il exposait avec ardeur des vues originales sur divers points de pathologie, tantôt il montrait toute l'ingéniosité de l'excellent praticien qu'il était dans l'exécution d'ingénieux appareils de prothèse ou de remarquables instruments de cabinet; aussi cette société dont il avait été le secrétaire général (1896-1897) le choisit-elle comme président en 1904. Pendant quelque temps membre du Comité de rédaction de *L'Odontologie*, il était principal collaborateur de ce journal où nos lecteurs ont pu lire ses intéressants travaux.

Albert Loup s'était intéressé à toutes les questions d'intérêt professionnel et il prit une part active aux diverses discussions qui passionnèrent la profession ces vingt dernières années.

A plusieurs reprises, membre du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, il était estimé de tous ses collègues qui, s'ils ne partageaient pas tous ses opinions, se plaisaient à rendre justice à son esprit d'impartialité et de conciliation. Aussi sa perte sera-t-elle douloureusement ressentie par tous ceux qui l'ont connu, et l'Ecole dentaire de Paris, à laquelle il donna un concours si actif, pleure en lui un de ses enfants les plus dévoués; elle gardera son souvenir toujours vivant et nous adressons l'expression de notre profond chagrin à la famille si cruellement éprouvée de notre regretté collègue, à sa vaillante femme, nièce de notre ancien président Lecaudey, à son fils aîné qui vient de terminer ses études dentaires, à ses jeunes enfants, et nous les prions d'agréer, dans cette terrible épreuve, l'assurance de notre douloureuse sympathie.

LA RÉDACTION.

*
* *

L'enterrement d'Albert Loup a eu lieu à Paris le 27 septembre; un grand nombre de confrères, la plupart de ses collègues de l'Ecole, étaient venus lui rendre un dernier hommage. Le char funèbre était couvert de couronnes parmi lesquelles, celles offertes par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et par l'Association générale syndicale des dentistes de France.

Au cimetière de Boulogne-Billancourt où eut lieu l'inhumation, MM. Godon, Blatter et Roy prononcèrent les allocutions suivantes au nom du Groupement, de l'Association et du Corps enseignant :

Discours de M. Godon.

Je viens, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, adresser à Albert Loup un dernier adieu. Quel pénible adieu à celui que j'ai connu jeune à ses débuts, et que j'ai suivi dans sa vie professionnelle et qui disparaît aussi avant l'heure, laissant sa tâche inachevée.

Nous le savions malade depuis quelque temps déjà, notre pauvre collègue ; nous avions suivi avec la plus grande anxiété la marche de sa longue et cruelle maladie ; mais comme il avait vaillamment repris cette année son poste de professeur et de praticien nous avions eu confiance espérant le voir revenir tout à fait à la santé.

Hélas ! le destin en a décidé autrement. Et nous sommes aujourd'hui réunis autour de cette tombe, ouverte avant l'heure, confondant nos larmes avec celles de sa famille éplorée et regrettant l'élève, le collaborateur, le collègue et l'ami qui vient de nous être enlevé si brusquement.

Car Albert Loup fut successivement pour nous l'élève studieux à l'Ecole dentaire de Paris de 1885 à 1889, l'assistant intelligent et

actif dans mon cabinet en 1889, enfin, depuis cette date, c'est-à-dire pendant près de 25 ans, l'un des plus distingués membres de notre Corps enseignant dont il gravit graduellement les échelons avec la même énergie, la même persévérance qu'il employa pour se créer à Paris l'important cabinet qu'il laisse à ses enfants.

On vous dira quel praticien habile, ingénieux, consciencieux jusqu'à la minutie il fut pour ses patients; avec quelle conviction ce professeur si dévoué à son enseignement, faisait à ses élèves ses leçons cliniques du mardi matin si suivies par un auditoire attentif et nombreux. Quelle utile collaboration il apporta dans nos réunions scientifiques. Combien ce bon collègue qui aimait sa profession travailla avec ardeur dans nos sociétés à sa rénovation et à ses progrès.

Mais me tournant vers cette famille aujourd'hui plongée dans la douleur et qui évoque à mon esprit attristé tant de souvenirs chers à mon cœur, je veux pour ses enfants résumer d'un mot tout le bien que nous pensons de leur père maintenant disparu, en disant qu'il fut de ces braves gens qui considèrent que la vie ne doit pas être faite uniquement de satisfactions égoïstes, qu'elle n'est bien remplie que lorsque une part de soi-même, de son cœur et de son activité a été réservée non seulement à sa famille, mais aussi à l'intérêt général de sa profession et du bien public et qu'à ce titre Albert Loup a droit à notre gratitude parce qu'il a compris ainsi et fait tout son devoir.

Aussi, en raison des services rendus, conserverons-nous avec reconnaissance sa mémoire parmi nous.

Adieu Albert Loup ! Adieu !

Discours de M. Blatter.

La mort est impitoyable et cruelle quand elle ravit à notre affection ceux que nous aimons. Cette fatale faucheuse, qui ne mesure pas la terrible portée de ses coups, qui frappe aveuglément sans compter, vient de faire parmi nous la plus noble victime.

Au nom d'une partie importante de la profession dentaire, au nom de l'Association générale syndicale des dentistes de France qui était fière de compter Albert Loup parmi ses membres et en ma qualité d'ancien élève et de vieil ami, j'adresse au cher disparu le suprême et le dernier adieu.

Albert Loup, enlevé à la force de l'âge, en pleine activité, a été un des membres le plus en vue de notre grande Association dont il fut le vice-président durant plusieurs années ; il avait pour notre société un culte particulier, car, à ses yeux, il la considérait, à juste titre d'ailleurs, comme l'*alma mater* d'où sont nés la plupart de nos groupements. Il aimait sa profession et son art qu'il voulait toujours plus vastes et plus élevés. Aussi est-ce avec un ardent amour professionnel qu'il a travaillé afin de participer à sa grandeur.

Nous connaissions ses idées sur l'orientation de notre corporation ; il était idéaliste, parfois rêveur, et ses aspirations tendaient à voir les efforts, le travail et le savoir des chirurgiens-dentistes couronnés du titre de docteur en chirurgie dentaire.

C'est un beau sentiment qui lui fait le plus grand honneur.

Tous ses collègues écoutaient avec intérêt la part qu'il prenait dans nos discussions. La courtoisie et la précision qu'il mettait dans ses argumentations étaient sa ligne de conduite afin de faire triompher les principes qu'il défendait avec une chaleureuse conviction.

Grand travailleur, il avait organisé sa vie de telle façon qu'il la consacrait à l'enseignement, où il faisait autorité, à la profession et à sa famille qu'il adorait.

En face d'une existence si courte, si débordante d'activité, il ne nous reste, ici, hélas ! plus que son souvenir.

Mais il est vrai que le souvenir embellit tout, il embellit la vie, comme le soleil embellit les saisons, il embellit la mort en nous montrant, dans les ténèbres dont il enveloppe sa victime, les impérissables liens d'amitié, de reconnaissance qui unissent ceux qui restent à celui qui n'est plus : le souvenir du confrère, du maître et de l'ami, vivra éternellement dans notre cœur. L'Association générale des Dentistes de France gardera dans son histoire le nom d'A. Loup qui ajoutera un rayon à sa gloire.

Aussi nous partageons la douleur qui vous accable, vous qui dans l'intimité familiale avez pu apprécier à quel point les grandes qualités de l'homme du foyer s'harmonisaient avec celles de l'homme du devoir.

A vous sa vaillante compagne de sa vie qui avez su partager ses joies et ses peines, à vous ses enfants, à vous cher Marcel qui serez le digne successeur de votre père, à vous tous, l'Association adresse ses condoléances émues. Adieu.

Discours de M. Roy.

Permettez-moi, au nom des professeurs de l'Ecole dentaire de Paris, d'apporter un dernier adieu à notre excellent collègue Albert Loup que la mort vient de ravir à notre affection, à notre estime.

Aux prises depuis plusieurs années avec un mal terrible, il luttait vaillamment pensant, après chaque crise, avoir enfin définitivement terrassé la sournoise ennemie et, nous-mêmes, le revoyant à chaque fois si gai, si plein d'ardeur, nous espérions aussi le voir surmonter ces pénibles épreuves. Hélas ! le sort en a décidé autrement et, devant cette tombe si prématurément ouverte, nous ne pouvons plus qu'apporter maintenant nos pleurs et nos regrets.

Entré dans le corps enseignant de notre école comme démonstrateur en 1890 il avait franchi successivement les divers grades de l'enseignement jusqu'à celui de professeur titulaire. Praticien distingué, aimant sa profession et aimant à l'enseigner, il sut prendre dans notre enseignement clinique une place des plus importantes et ses leçons du mardi, qu'il fit jusqu'à ces derniers temps malgré l'état précaire de sa santé, étaient des plus goûtées de nos élèves.

Ses communications à la Société d'Odontologie de Paris, soit qu'elles portassent sur des sujets scientifiques ou sur un des nombreux appareils qu'il avait imaginés, intéressaient vivement ses confrères par les

vues originales qu'il émettait ou par la grande ingéniosité et la grande habileté manuelle qu'elles décelaient chez leur auteur ; aussi avait-il été choisi en 1904 comme président de cette importante société scientifique, de même qu'il était un des principaux collaborateurs du journal *L'Odontologie*.

Notre excellent collègue avait su gagner la sympathie et l'estime de tous et les cruelles épreuves par lesquelles la maladie l'avait fait passé ces dernières années nous l'avaient rendu en quelque sorte plus cher puisque plus exposé à échapper à notre affection. Nous admirions sa gaité, sa vaillance, son énergie à résister aux coups redoublés du mal toujours prêt à la rescousse. Mais s'il espérait toujours vaincre, il n'en sentait pas moins la fatalité du destin qui posait sa main pesante sur son épaule et c'est avec une triste émotion que, il y a quelque temps, en rangeant mes papiers, je relisais une lettre qu'il m'écrivait au début de l'année pour me remercier d'avoir pris de ses nouvelles et où, tout en me donnant au sujet de sa santé les meilleures assurances, il me parlait de son fils aîné, de ses succès scolaires et me le recommandait pour l'avenir en des termes qui semblaient montrer déjà qu'il sentait qu'il ne serait plus là pour le voir achever ses études.

Hélas ! je ne pensais pas voir se réaliser sitôt la sombre éventualité que cette lettre m'avait fait envisager, mais mon cher Loup soyez assuré que, de même que votre souvenir ne s'effacera jamais du cœur de vos collègues, ceux-ci ne se désintéresseront jamais de vos enfants si prématurément privés de l'appui paternel et qu'ils trouveront toujours auprès de nous tous aide et encouragement.

Dormez en paix votre dernier sommeil, mon cher ami ; si votre vie fut trop courte, elle fut bien remplie et vous laissez parmi nous un souvenir ineffaçable. Puisse le témoignage de nos regrets adoucir la douleur de tous les vôtres et c'est au nom de tous mes collègues du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris que j'apporte ici à votre vaillante femme et à vos pauvres enfants si cruellement frappés dans leurs plus chères affections le témoignage de ma profonde et douloureuse sympathie.

*
* *

M. Pont, Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, a adressé à l'Ecole dentaire de Paris une dépêche au nom des professeurs de l'Ecole de Lyon exprimant à leurs collègues de Paris leurs sincères condoléances et leurs profonds regrets pour la mort d'Albert Loup.

NOUVELLES

Pour les Etudiants de la classe 1913.

Le directeur de l'Ecole dentaire de Paris vient de recevoir de l'Académie de Paris la communication suivante :

Paris, le 19 août 1913.

Par télégramme en date de ce jour M. le Ministre fait connaître que les dispositions de la circulaire du 12 août 1913 publiés au *Journal officiel* du 13 du même mois s'appliquent également aux établissements d'enseignement supérieur libre. En conséquence il y a lieu de procéder, dans ces établissements, à l'ouverture des registres d'inscription pendant la période fixée par la circulaire précitée pour les jeunes gens de la classe 1913 qui, justifiant des titres requis, ont l'intention de demander un sursis d'incorporation pour raisons d'études supérieures et doivent par suite avoir pris leur première inscription avant leur comparution devant le conseil de révision; seuls ces jeunes gens sont admis à prendre actuellement leur première inscription.

Le vice-rédacteur,
LIARD.

Fédération dentaire internationale.

La prochaine session de la Fédération dentaire internationale se tiendra au mois d'août 1914, à Londres, où elle coïncidera avec le VIe Congrès dentaire international.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère L. Mousis, de Pau, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Jeanne de Massias, fille de M. de Massias, de Pau, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons nos plus vives félicitations aux jeunes époux.

Statistique du corps médical de Berne.

Au 31 décembre 1912, le corps médical bernois se composait de 362 médecins (dont 8 dames), 59 dentistes (dont une dame), 68 pharmaciens (dont 1 dame), 116 vétérinaires et 615 sages-femmes.

L'Eldorado des rebouteurs.

Les Rhodes-Extérieures d'Appenzell font partie des quelques cantons suisses où l'exercice de la médecine est encore accessible à n'importe qui : aussi le nombre des faux-docteurs y est-il grand. Les dentistes dépourvus de patente commencent aussi à pulluler dans le pays. L'Eldorado de tout ce monde est la petite localité de Rithaeusle, formée de quelques maisons situées à deux pas de la frontière Saint-Galloise et à proximité immédiate de la ville de St-Gall. Une douzaine de guérisseurs y sont établis à demeure et jouissent, assure-t-on, d'une nombreuse clientèle. Herisau devient à son tour une véritable pépinière de dentistes. On en compte déjà plus de vingt, la plupart n'ayant de l'art dentaire que des notions fort vagues. Cinq maisons nouvelles viennent d'être construites près de la gare ; elles ont été aussitôt occupées par cinq dentistes.

Souscription Philippoteaux.

Dans la liste de souscription au profit de la famille de feu M. Philippotaux (*Odontologie*, 15 août 1913), au lieu de MM. Prével (père et fils), lire M. Prével, fils.

Nous avons, d'autre part, reçu les souscriptions suivantes :

MM.	Prével	15 francs.
	R. Lemière. . .	10 —
	H. Dreyfus. . .	10 —

33e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1913 VOL. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES HISTOLOGIQUES[1] SUR LA PULPE ET LE PÉRIOSTE A LA SUITE D'OPÉRATIONS DENTAIRES,

d'application d'acide arsénieux, d'insuccès opératoires tels que bris de tire-nerfs dans l'orifice apical, perforation du plancher de la chambre pulpaire, cautérisation du périoste, etc.

Par le Prof. RÖMER (Strasbourg.)

Résumé.

Depuis plusieurs années j'ai expérimenté sur des animaux quelles modifications pourraient se déclarer sur le périoste et dans l'alvéole après une application d'arsenic sur la pulpe, de même qu'après son extirpation ou encore après son amputation selon la méthode recommandée par Bönnecker ; enfin je voulais examiner comment réagissent les tissus de la région apicale lorsqu'on introduit dans les canaux dentaires des produits chimiques à fortes actions irritantes (traitement des canaux radiculaires gangréneux). J'ai fait mes expériences avec le Dr Kieffer sur un singe. Evidemment je n'ai pas la possibilité de donner une solution définitive de nos expériences, n'ayant pu mener à bonne fin qu'une partie des expériences physiologiques projetées. A remarquer que les manipulations du Dr Kieffer n'ont pu être pratiquées que sous la narcose par l'éther et par conséquent elles n'ont pu être

1. *(Communication au Congrès de la Société odontologique Suisse ;* V. *Odontologie*, p. 181, n° du 30 août 1913.)

faites avec le repos et les soins que l'on peut prendre sur des patients commodément assis dans le fauteuil d'opération. C'est pourquoi les radiographies montrent plusieurs échecs opératoires, par exemple : perforation de la paroi de la chambre pulpaire, inflammation des tissus de la région péri-apicale par des caustiques ayant traversé par suite d'un foulage trop violent le foramen apical, — extravasations sanguines produites par des pâtes antiseptiques — tire-nerfs ayant dépassé l'apex de la racine, etc. Je me borne à vous présenter à l'aide de l'appareil à projections un petit nombre de coupes microscopiques choisies dans des séries de plusieurs milliers de préparations.

1er objectif, tire-nerfs cassé dans le canal mésial radiculaire. — 5 septembre 1911, application d'arsenic ; 6 septembre, amputation de la pulpe, le canal est laissé ouvert, infection avec gangrène, nettoyage des canaux avec la sonde, perhydrol, séchage à l'alcool absolu, obturation des racines avec benjoin. *Coupe de l'os et des tissus :* le tire-nerfs, qui a été complètement oxydé par l'acide, s'est fort bien comporté dans les tissus ; malgré la pénétration d'environ deux millimètres dans l'os maxillaire, il n'y a pas d'apparence quelconque d'inflammation, il n'est pas possible de découvrir une trace de leucocytes. Le foramen apical du canal radiculaire distal est fermé par une barre mince de leuco-lymphocytes ; dans le ligament péri-apical et dans l'os aucune altération n'est visible.

2e *objectif*, canal radiculaire très large et foramen apical également large. Très forte altération du ligament péri-apical et abcès multiples dans le maxillaire. *Coupe* 5 sept. 1911 application d'arsenic ; 6 sept. ouverture de la chambre pulpaire qui est laissée ouverte ; 20 sept. infection gangréneuse ; 9 sept. pulpe extraite, pansement au tricrésol-formaline ; 11 sept. canal radiculaire désinfecté avec des mèches de coton imbibées de tricrésol-formaline et obturé à l'aide du benjoin.

Il est très difficile dans ce cas d'accuser soit le traitement, soit l'infection gangréneuse d'avoir été la cause de cette forte altération des tissus voisins de la racine. Vraisemblable-

ment les deux causes ont joué un rôle, vu l'ouverture assez large du foramen apical.

3e objectif, pulpe directement extraite sans anesthésie, pansement au perhydrol pendant trois jours. 5 août obturation de la racine avec du benjoin ; il se déclare une énorme destruction de ligament péri-apical, abcès sous-périostal, très forte érosion de la pointe de la racine. Cette grave inflammation a pu être développée dans ce cas par l'action caustique du perhydrol, car ici le canal radiculaire et le foramen apical se montraient très larges ; 2 août pulpe également extraite pendant la narcose, le canal de la racine est désinfecté au perhydrol et obturé tout de suite avec la pâte. A la pointe de la racine existe une ancienne excavation peu visible provenant peut-être du tire-nerfs lors de l'extirpation de la pulpe. Au ligament péri-apical, aucune modification ; la pulpe n'a pas été complètement extraite, on aperçoit les ligaments légèrement atrophiés.

4e objectif, Coupe 5, application d'arsenic. Puis pulpe en partie détruite, le reste est détruit à l'aide de la sonde hydrique. Le canal radiculaire est obturé au benjoin. Le médicament a été comprimé (à la racine distale) à travers le forem apical, ce qui a déterminé la formation d'un tissu granulaire autour de l'apex ; ces granulations se répandent et se développent assez profondément dans le processus alvéolaire, ce qui représente à la pointe de la racine une granulose typique ; l'apex distal est lui-même érodé à la racine mésiale où le sondage n'a été effectué qu'à la moitié de la racine, on ne remarque aucune altération vers l'apex, ni trace de périodontite, ni aucune résorption de l'os.

5 sept. demi-sondage, obturation des racines avec le benjoin ; à la racine mésiale on ne remarque aucune modification, mais à la racine distale, qui a été traversée à sa partie apicale par le tire-nerfs, on aperçoit des traces de tissus à granulations, autour du foramen apical.

Cette dent présente des complications survenues à la suite : 1° d'une perforation de la paroi de la chambre pulpaire ;

2° de la pénétration de la pâte obturatrice introduite dans la racine, qui a traversé le foramen apical. Comme suite à cette faute opératoire il s'est produit une érosion du sommet de la racine, mais aussi de multiples extravasations sanguines répandues dans la partie alvéolaire et dans le corps du maxillaire.

Le 20 sept. la pâte arsenicale était appliquée. Puis la pulpe de la racine distale est complètement extraite, ensuite pendant 48 heures introduction d'ouate avec tricrésol-formaline, puis de la pâte foulée dans le canal de la racine. La pulpe du canal mésial avait été imparfaitement extraite et cette racine ne montra aucune altération. Il est important de remarquer que pour cette dent l'effet de la perforation est l'action irritante, caustique de la pâte qui a pénétré dans l'os par la perforation de la chambre pulpaire. On peut se rendre compte : 1° que les parties de l'os directement en rapport avec la pâte sont nécrosées, et que le tissu de granulation formé autour du champ inflammatoire est comme encapé dans une certaine quantité de tissus épithéliaux de nouvelle formation ; cet épithélium n'est pas identique à celui de la gencive au collet de la dent, mais il doit être regardé comme un épithélium des kystes radiculaires tels qu'il a été décrit par Malassez, et qui pourrait se laisser connaître comme quelques vestiges d'épithélium de l'organe de l'émail; 2° que dans la périphérie où s'est développé cet épithélium, l'os est atteint par l'inflammation jusqu'à une grande profondeur, et qu'il est remplacé par du ligament fibreux et que cette modification ressemble d'une façon à peu près analogue à celle décrite autrefois pour la pyorrhée-alvéolaire.

LA BEAUTÉ ET LA SANTÉ CHEZ LES ENFANTS[1]

Par E. A. Bogue, de New-York.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, faite par M. Cunningham le 3 juin 1913.*)

Toutes les races, tous les peuples et toutes les nationalités ont un désir inné de la beauté chez les enfants, mais peu d'hommes connaissent les mesures à prendre pour que les enfants deviennent aussi beaux que le permet le type national de leurs traits, et même parmi ceux qui les connaissent ou doivent les connaître, il en est fort peu qui soient disposés à faire les efforts ou les sacrifices nécessaires pour rendre tous les types beaux et vigoureux en assurant et en conservant le type normal.

Sur plus de 104.000 enfants des écoles de New-York examinés en 1911, environ 71 o/o avaient les yeux, le nez ou les dents défectueux ou malades de telle manière que cela nuisait sérieusement à leur beauté faciale, ainsi qu'à leur santé générale.

Voici le portrait d'une petite fille aux épaules arrondies qui présente ces effets dus à un état buccal et nasal impropre dans l'enfance. Cet état se rencontre d'ordinaire, chez les sujets respirant par la bouche et les enfants avec palais élevés, étroits, en forme de selle.

Des épaules courbées, une démarche inclinée et des traits mal formés sont quelques-unes des manifestations résultant de ces défauts.

La correction des irrégularités des dents temporaires des jeunes enfants est la chose la plus importante de la dentisterie moderne et est un des moyens susceptibles de développer la beauté et la santé pendant l'enfance et de les conserver pendant l'âge adulte.

La plupart des enfants naissent viables, mais la civilisation en place beaucoup dans un milieu favorable à l'hy-

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 août 1913, p. 117.

pertrophie adénoïdienne. Cette hypertrophie est la croissance exagérée de tissus normaux (lymphoïdes) et se produit entre le nez et la gorge. Son ablation rapide est impérieuse, pour en éviter les mauvais résultats ; ceux-ci peuvent être : la difficulté de respirer, l'obstruction des conduits du nez, la surdité, l'entrave de la ventilation de l'oreille, la déformation des orbites, une différence de niveau entre les deux yeux et beaucoup d'autres anomalies dont la déformation et le déplacement des dents ne sont pas les moindres, car les défauts qui en résultent pour la prononciation et la mastication sont égalés par leur aspect repoussant.

Les végétations adénoïdes peuvent être considérées comme le signal du danger annonçant un manque de vigueur, des accès de toux, des troubles visuels, le nasillement et, le pire de tout, la respiration buccale avec ses conséquences fâcheuses et funestes. On ne saurait trop en exagérer l'importance, car elles amènent le bouleversement des formes protectives du corps qui dépendent de l'oxygène et de l'oxygénation. Il suffira de citer la diminution de capacité des poumons, les épaules courbées, la poitrine rentrée, l'épine dorsale courbée, la prédisposition aux refroidissements, la filtration nasale insuffisante de l'air et la diminution de résistance contre l'invasion des maladies infectieuses, dont les poisons naissent avec l'air.

L'influence directe des végétations adénoïdes sur le commencement de la déformation des dents n'est pas difficile à démontrer.

Les dents qui croissent sont guidées dans leurs positions convenables par la poussée extérieure de la langue et la traction intérieure des lèvres et des muscles des joues.

Tous les enfants sains et bien formés dorment la bouche fermée et la langue pressée contre la voûte de la bouche en l'entraînant vers le bas par succion. Cela moule l'arcade du palais et, à mesure que la langue grossit et se meut, elle agrandit les arcades des dents en pressant contre elles et, avec l'aide des joues et des lèvres à l'extérieur de ces

arcades, elle les façonne pour leur donner la forme voulue.

Quand la bouche est ouverte, comme dans la respiration buccale, la langue n'est plus aspirée contre le palais osseux et elle ne pousse plus les dents vers le dehors, comme elle doit le faire. Les mâchoires se séparent à une distance qui augmente la traction des muscles des joues et des lèvres. La pression de l'air sur l'os qui forme le toit de la bouche et le plancher du nez n'est plus propice à son aplatissement et à son élargissement.

En d'autres termes, les forces qui poussent les dents de dedans en dehors ont été affaiblies, et les forces qui tirent les dents en dedans vers la ligne médiane ont été accrues, ce qui produit des irrégularités des dents, du palais et du nez.

Or, le système osseux est fortement développé par l'activité des muscles fixés à ces os.

Les os de la face et des mâchoires ne sont pas l'exception. Le cerveau de l'enfant moyen pèse, à la naissance, 371 grammes ; à 6 ans, il pèse 1360 gr. et à 19 ans 1400 gr., soit un gain de 40 gr. seulement de 6 à 19 ans.

Par conséquent toutes les difformités de la hanche, du pied, du menton, des mâchoires, des dents, du nez ou de la face doivent être corrigées avant l'âge de 6 ans. Beaucoup peuvent l'être en un temps relativement court avec peu de douleur ou sans douleur, et avec de grandes chances de succès, parce que tout se fait pendant les années du développement le plus rapide quand la nature est une aide et non un obstacle.

Voici maintenant des photographies de Walter G., 3 ans 1/2, dont l'arcade dentaire inférieure était trop étroite pour la supérieure, de sorte que l'enfant ne pouvait mastiquer, incapable qu'il était de faire articuler ses dents.

La seule manifestation de ce fait était un léger affaissement près du côté gauche de la bouche, qu'on aurait pu presque prendre pour une fossette. Voici une autre photographie de cet enfant à 4 ans 1/2 après élargissement des arcades

dentaires, qui a agrandi également les conduits du nez.

Quand l'articulation fut corrigée, l'enfant mastiqua bien, cessa de ronfler la nuit, ne s'enrhuma plus et sembla plus vif et plus vigoureux à tous égards.

La légère amélioration dans l'aspect lui donne simplement un air un peu plus âgé.

Voici un autre cas : Jacques D, à 5 ans, avait une arcade dentaire supérieure trop étroite pour l'inférieure, exactement l'inverse de Walter G. Sa figure était également en dépression légère du côté gauche.

L'élargissement considérable de l'arcade supérieure et l'élargissement léger de l'arcade inférieure qui furent exécutés en quelques semaines, lui permirent d'avoir une bonne articulation des deux rangées de dents.

L'enfant dort maintenant la bouche close, il ne ronfle plus et ne s'enrhume plus.

Le Dr Lorenzo se refuse à remettre en place une hanche disjointe après l'âge de 5 ans, trouvant les parties environnantes trop rigides et trop peu souples pour assurer le succès.

Pour la même raison les opérations destinées à corriger la petitesse des conduits du nez, une cloison nasale recourbée, des dents irrégulières, une voûte buccale trop haute, un menton en retrait, ou un menton faisant saillie, comme celui d'un boule-dogue,,doivent être entreprises et terminées si possible avant l'âge de 6 ans.

Les dents irrégulières peuvent souvent être ramenées en ligne à ce jeune âge, au moyen d'un petit arc en fil métallique courbé de la grosseur d'une épingle, ou par d'autres appareils.

Ce fil courbé peut aussi servir à élargir les conduits du nez et augmente leur dimension d'avant en arrière, ce qui évite la nécessité de respirer par la bouche.

En écartant de cette manière les dents temporaires d'assez bonne heure, les couronnes des dents permanentes, qui sont maintenues par les racines des dents temporaires, sont amenées dans les positions qu'elles doivent prendre.

De cette façon, on peut éviter beaucoup d'irrégularités, qui autrement seraient inévitables.

Avant 1900, on connaissait peu de chose quant à l'influence des dents temporaires sur les dents permanentes, et les travaux les plus récents sur l'orthodontie ne nous éclairent pas à ce sujet.

Chaque mère devrait demander au médecin de la famille de lui recommander un dentiste compétent pour traiter les dents temporaires. Celui-ci examinerait soigneusement chaque enfant dès l'âge de 3 ou 4 ans et déciderait si les dents sont saines et les arcades régulières, et, si elles ne l'étaient pas, elle le prierait de soigner les premières et de corriger les secondes.

Il y a des dentistes compétents pour cela, qui empêchent des difformités de se produire plus tard. Il y en a d'autres qui, prenant une fausse direction, vont jusqu'à négliger les dents temporaires et ne paraissent pas croire que de leur bon état dépendent principalement la position des dents permanentes, l'état des parties environnantes, et, par suite, la santé et la beauté des dents, de la face, l'activité de l'appareil respiratoire et du corps tout entier.

Quelques-uns ont conseillé l'ajournement et l'attente jusqu'à la croissance complète des dents permanentes, avant de tenter la correction. Ils sont sûrs ainsi de perdre toute la facilité de manipulation que donne l'état transitoire de développement, et de rencontrer les obstacles supplémentaires provenant des irrégularités confirmées et des déformations que le développement complet a dû rendre fixes et permanentes. Inutile de dire que cette fixité se produit bonne ou mauvaise, vraie ou fausse, en ce qui concerne la position des dents.

Il est deux états qui doivent surtout appeler l'attention de l'orthodontiste à ce jeune âge (4 à 6 ans) : la projection des dents du haut ou du bas ou l'absence de séparation des dents temporaires latéralement, surtout des 6 dents antérieures.

A l'âge de 4 ans, ces dents peuvent généralement être

séparées en 15 à 90 jours, à peu de frais et sans beaucoup de temps et sans douleur si l'enfant a été élevé dans de bonnes conditions et n'a pas été effrayé. A l'âge de 3 ans, on ne peut jamais être sûr du résultat en deux ans, quoique le déplacement ait été fait en deux mois.

Les dents peuvent être amenées en position après que le patient a atteint l'âge adulte, mais elles ne seront jamais solides et les parties adjacentes ne s'adapteront jamais bien au nouvel état, parce que la période de croissance est finie.

Plus on attend, plus il faut de temps, d'argent et plus on souffre et plus il y a de doute que les dents restent dans les positions où elles ont été amenées.

A l'âge de 5 ans, quelquefois plus tard, il est encore possible d'écarter les couronnes des dents permanentes, en écartant les dents temporaires ; mais quand celles-ci commencent à tomber, il n'y a rien pour fixer les ligatures, sauf les molaires permanentes ; en outre, si les dents temporaires antérieures sont encore dans la bouche à 6 ans 1/2 ou 7 ans, c'est là une preuve d'un arrêt dans le développement normal et il vaut mieux recourir aux méthodes d'orthodontie ordinaires.

REVUE DES REVUES

BLOCS D'OR A RECOUVREMENT

Travaux en or coulé.

Par H. LÉGER-DOREZ.

Nombreux sont les inconvénients qui résultent de l'application faite à tort et à travers des blocs d'or, et le vrai succès de la clientèle est acquis à ceux qui soignent ce genre de travail, mais ils sont peu nombreux.

D'apparence facile, l'obturation par bloc d'or coulé est en réalité un travail fort délicat qui demande beaucoup de temps, de soins et de patience.

Nous sourions toujours à la pensée du praticien qui, prenant lui-même l'empreinte du bloc avec la cire, s'en remettrait du soin de le couler et de le finir au mécanicien façonnier.

S'il s'adapte, ce bloc, s'il protège plus de six mois la dent qu'il obture, le malade aura de la chance. Le plus souvent, une belle carie s'installe au niveau du bord gingival occasionnant des ravages irréparables ou peu réparables.

Le bloc n'est pas seul en cause dans les insuccès de ce genre ; le nettoyage de la carie et sa préparation influent aussi beaucoup sur la destinée d'une pareille obturation.

Il nous est arrivé bien des fois de préparer une carie sous une lumière trop vive, et de la regarder ensuite avec une loupe donnant trois grossissements au moment précis où nous nous disposions à en prendre l'empreinte. Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, si la dent n'avait pas été retouchée, nous aurions eu des accidents, des reprises de carie à déplorer, car nous avions oublié de nombreuses traces septiques. Or combien de praticiens prennent la peine de regarder à la loupe le travail qu'ils vont terminer d'une main légère ?... Notre réponse est simple, elle viendra vite à la pensée de nos lecteurs. Les partisans de la loupe sont très nombreux. Or, la loupe, comme chez le bijoutier, devrait faire partie intégrante de notre instrumentation et être toujours en évidence sur notre tablette de travail.

Personnellement, nous avons une loupe sur la tablette de cabinet, une autre sur l'établi du cabinet où nous retouchons nos blocs et plusieurs sur l'établi dans le laboratoire.

Pour bien réussir d'autre part les travaux en or coulé, il faut devenir un peu joaillier, savoir modeler la cire avec délicatesse, propreté et précision, travailler avec des mains nettes et légères, et

comme Pierre Petit de célèbre mémoire, travailler soi-même. Comme le bijoutier, il faut vouloir voir ce qu'on livre, et pour apprendre à bien regarder, il faut une loupe.

Nos confrères nous pardonnerons ce préambule il était quelque peu nécessaire pour faire apprécier le procédé nouveau que nous allons nous efforcer de décrire avec la technique pratique que nous avons établie pour ce genre de travaux.

Sur la figure I qui représente une section fantôme de mâchoire

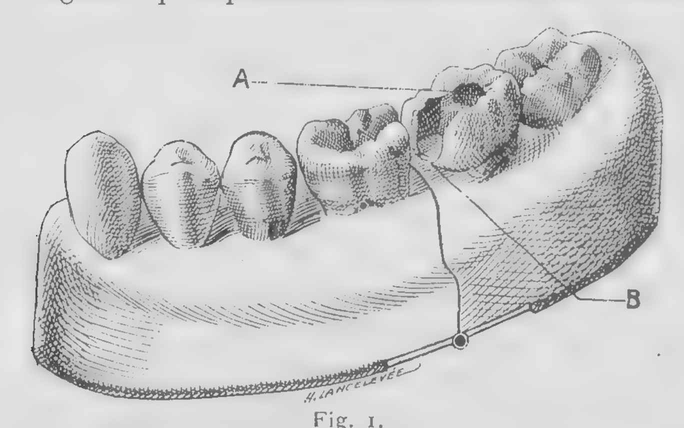


Fig. 1.
A. Cavité à combler. — B. Collet vulnérable. — C. Gencive.

inférieure, côté gauche, nous avons simulé dans la seconde grosse molaire une large carie du 3e degré, face latérale, s'épanouissant largement sur la face triturante A. Cette carie empiète sur la face latérale au point de venir en contact avec la muqueuse interdentaire.

C'est là, on ne peut le nier, un cas vulgaire pour l'obturation duquel on a bien souvent recours au bloc d'or.

Relativement facile à prendre, l'empreinte n'en est pas moins délicate. N'est-il pas souvent difficile en ce cas de rendre cette carie parfaitement de dépouille ? Peut-on toujours être certain du nettoyage absolu, de la base de la carie au niveau du collet ? Cette carie, à ce degré, empiète fortement sur la racine, se prolonge ou s'étale en nappe plus ou moins étendue. Or, si le bloc est exclusivement limité à la carie (tel un bouchon rasé sur le goulot d'une bouteille) toutes les parties basses déjà attaquées avoisinant la carie seront susceptibles de reprendre la carie, que le bloc soit bien ou mal établi.

Pour éviter cet ennui à nos confrères, pour tous ceux qui nous lisent, nous allons décrire un procédé pratique qui permettra de réaliser le bloc protecteur des collets que nous avons baptisé du nom de *Bloc à recouvrement.*

Lorsque la cavité à obturer est taillée de dépouille, que l'on s'est rapproché autant que faire se peut du type de taille « Boîte à dominos » qu'à dessin nous reproduisons ici (fig. 3) on sépare avec une lime à séparer un peu épaisse (la partie lime agissant sur le côté carie et non sur l'autre dent supposée saine). Il est facile de préparer une lame d'or à 22 carats comblant aussi exactement que possible l'espace créé par ma lime. Cette lame doit être un peu échancrée suivant la profondeur de la carie à obturer. Sur la figure I en A on voit la carie, en B, la base de la carie près la gencive. La lame d'or devra avoir la forme indiquée sur la figure et recouvrir la carie même la recouvrir en débordant.

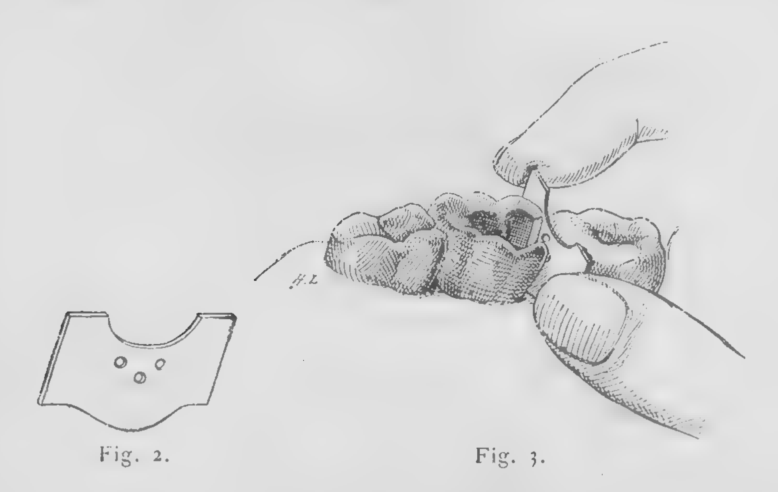


Fig. 2. Fig. 3.

Deux ou trois trous percés à l'emporte-pièce (pince à percer la contreplaque) sont pratiqués au centre, limitant la carie (fig. 2). La lame bien mise à plat sur le « tas » avec une forme de marteau bien propre est polie ; une très légère couche de cire résineuse est déposée sur la plaque (côté carie naturellement). Quelques boulettes d'ouate retirent de la carie l'excès de salive, puis la bandelette décrite est placée entre les dents (fig. 3).

Avec une spatulette en forme de cuillère, on verse dans la carie une grosse goutte de cire spéciale pas trop chaude, afin d'en combler le vide en coquille (fig. 4), puis on termine le remplissage en introduisant dans la cavité une boulette de cire spéciale comprimée avec le doigt. Le malade, invité à mordre, imprime son antagonisme.

Avec les instruments nécessaires, les pourtours de la cavité sont dégagés des minces lamelles de cire qui ont fusé de droite et de gauche de la carie ; la pointe de coulée, profondément enfoncée à chaud complète ces préparatifs.

Une grosse seringuée d'eau froide durcit la cire ; il n'y a plus qu'à sortir le bloc en tirant sur la pointe de la coulée. Tout naturellement, la bandelette d'or se trouve accolée sur la face latérale du

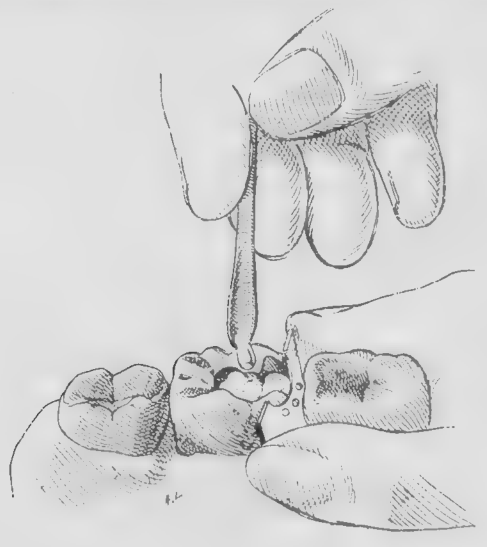


Fig. 4.

bloc, et si l'on en faisait la coupe, la figure 5 représente le bloc à ce stade vue sur le cône, revêtement non figuré.

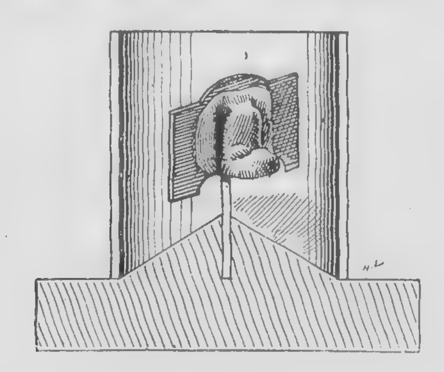


Fig. 5.

Mis en revêtement fin, ce bloc est coulé comme d'habitude en or fin qui vient faire corps absolu avec la bandelette en s'infiltrant et se fondant avec elle par l'intermédiaire des petites perforations pratiquées en son centre.

Dès que le bloc est dégagé de son revêtement, nettoyé, passé à l'acide, le travail d'ébarbage, limage, polissage commence, avec

un petit ciseau à or, à environ $1^{m}/^{m}$ 1/2 à 2 $^{m}/^{m}$ côté gencive, et presque au ras du bloc sur toutes les autres parties hautes.

Avec la lime fine, les bords sont amincis de l'extérieur à l'intérieur, une goutte de suif faisant disparaître la presque totalité des bords de recouvremen t sur les parties hautes de la dent pour conserver le plus de recouvrement possible au collet.

Le bloc, sur notre fantôme articulé, se présente comme on le voit sur la figure 6 .

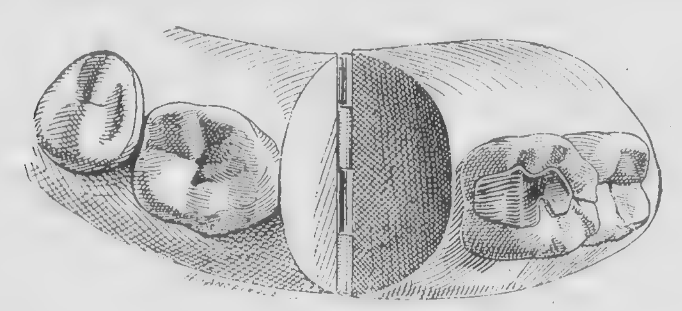


Fig. 6.

Il est aisé de se rendre compte qu'avec ce procédé il sera plus facile de protéger la base collet d'une dent tout en ne compliquant pas énormément la technique générale employée pour établir le bloc d'or coulé. (*Le Laboratoire.*)

TROIS CAS CHIRURGICAUX

Par C. Oakman, de Detroit.

I. — Traitement chirurgical d'un cas de blastomycose.

Mme H., 35 ans, présente au maxillaire inférieur droit, dans la région des bicuspides et des molaires une suppuration des tissus gingivaux. Je procédai à l'exploration au moyen d'un instrument d'acier. L'os était notablement dissocié. Une incision fut faite de la canine à la 2e molaire. L'os malade fut enlevé au moyen d'un ciseau et de curettes, sous l'anesthésie locale.

Pansement à la teinture d'iode et lavage fréquent à l'acide borique (solution saturée).

L'examen des curettes montra qu'il s'agissait d'un cas de blastomycose. Le patient fut soumis à un traitement de fortes doses d'iodure de potassium et guérit sans incidents.

II. — Ostéoporose du maxillaire inférieur.

Mme H., 25 ans, souffrait depuis 6 ans de névralgies dans les deux

maxillaires. On lui avait extrait toutes les dents avant qu'elle vint me voir, pour la soulager ; mais, la douleur, au lieu de s'atténuer, augmenta.

Je la fis radiographier et l'on constata que l'os était entièrement lésé. La patiente avait suivi toutes sortes de traitements, mais sans résultat. Elle avait tellement peur d'une opération que je ne pus la décider à s'y soumettre.

J'attribue le mal soit à la syphilis, soit à la tuberculose, plutôt la première. La patiente n'a pas voulu se soumettre à la réaction de Wassermann.

Il n'y avait dans le tissu gingival, les joues ni la langue rien d'anormal qui pût indiquer un état pathologique. Les symptômes objectifs étaient une douleur très vive et une sensibilité à la pression des gencives inférieures, du menton et des joues. Les paroxysmes duraient plusieurs jours et le sujet était alors obligé de garder le lit. Il y avait parfois cessation de douleurs aiguës, mais jamais cessation de toute douleur.

Après injection d'un anesthésique local dans le tissu entre la symphyse et l'angle du maxillaire un instrument d'acier fut passé lingualement dans la bouche, cela prouva cliniquement que le maxillaire avait perdu toute sa substance inorganique.

III. — Tumeur fibroïde de la lèvre inférieure et du maxillaire inférieur.

Mme S., 45 ans, est venue me consulter pour une tumeur qui s'étendait sur tout l'intérieur de la lèvre inférieure et sur la partie antérieure de la gencive. Quand la lèvre était tendue, relevée et légèrement retournée elle avait l'aspect d'un accordéon. Quand la lèvre était relâchée, la masse de tissu retombait en arrière sur le bord antérieur du maxillaire de 25 mm. ou plus.

Un anesthésique local fut injecté sur plusieurs points de la tumeur, une incision fut faite du coin de la bouche jusqu'au coin opposé et en descendant dans le tissu gingival vers le procès jusqu'à ce que nous atteignîmes le bord postérieur, qui était à 37 mm. du bord.

Une incision transversale fut faite à la base de la tumeur s'étendant au côté opposé, autour de la tumeur. Après avoir disséqué la tumeur d'une partie de la lèvre, je pus, avec le manche du bistouri, arriver à la surface antérieure du maxillaire ; puis, avec une gouge, j'enlevai la tumeur du procès sans beaucoup d'efforts.

Une hémorragie abondante s'ensuivit. Comme on ne distinguait pas de point saignant particulièrement, on recourut à la pression, aux éponges chaudes, à l'adrénaline et au persulfate de fer. C'est ce dernier qui donna le meilleur résultat.

Une heure après l'opération la patiente quittait mon cabinet ;

mais quelques instants après, elle dut y revenir, l'hémorragie ayant récidivé. Les mêmes moyens furent employés la patiente gardant la position couchée. Une heure après la malade pouvait s'en retourner.

L'incision fut tenue très propre et traitée par un stimulant.

(*Dent. Summary*, févr. 1913.)

MOLAIRE TEMPORAIRE INCLUSE

Par J. W. Doherty.

Quand je vis le sujet, un enfant, il présentait un manque de développement particulier du côté droit du maxillaire inférieur. Les canines permanentes avaient fait éruption, la deuxième molaire temporaire était présente et la molaire de six ans avait fait éruption. La première molaire temporaire avait été extraite et une cuspide de la première prémolaire sur le point de faire éruption faisait saillie au travers de la gencive. Comme la canine la surplombait quelque peu et que la deuxième molaire temporaire l'empêchait de faire éruption, je posai un arc, je refoulai la canine en arrière, je repoussai les molaires en arrière et je fis de la place. Je laissai alors à la dent le temps de faire éruption. Au bout de 6 mois pas d'altération ; mais la sonde glissa dans une cavité de 12 mm. de profondeur dans la couronne sous la gencive. Cette cavité était assez profonde pour faire croire que la dent était morte. En refoulant la gencive je vis qu'il y avait dans cette cavité la couronne de la première molaire temporaire complètement résorbée, sauf l'émail. Au bout de 6 mois la prémolaire se montra. Je ne m'explique pas pourquoi la première molaire temporaire était descendue là, parce qu'elle aurait dû faire éruption avant la deuxième molaire temporaire et aussi avant la canine permanente.

(*Dental Record*, mars 1913.)

REVUE ANALYTIQUE

Le chewing-gum.

L'usage du chewing-gum (gomme à sucer), a été interdit, il y a un certain temps, dans la Marine des Etats-Unis. Le stimulant recherché en chiquant ce produit se rencontre dans une racine liquoreuse. Le chicle, substance employée de temps immémorial, qui a une ressemblance avec la gutta-percha, donnerait ce stimulant. Des recherches faites sur ce produit et sur l'innocuité des gommes auxquels il sert de base, il résulterait qu'il est nuisible aux enfants, disposés à avaler les substances.

D'autre part, la mastication répétée du chewing-gum développe les masséters et augmente la circulation du sang dans les arcades dentaires et les dents ; elle remplit la bouche de salive, qui neutralise l'acide ; c'est un agent de nettoyage, car la gomme amollie, pénètre dans les interstices des dents ; c'est un antiseptique et un désodorisant, enfin c'est un antidote pour les grands fumeurs.

(*Dent. Record.*)

Corps étranger (dentier) toléré par l'œsophage sans réaction notable, pendant vingt-sept jours.

M. G. Liébault rapporte l'histoire d'une femme qui avait avalé un dentier, qui s'était arrêté à 20 centimètres des arcades dentaires, d'où il fut retiré à l'aide d'une pince par le professeur Moure, après œsophagoscopie préalable.

L'auteur insiste sur la tolérance remarquable du corps étranger et sur la supériorité de l'œsophagoscope sur les autres moyens d'investigation. Dans le cas particulier, la sonde avait glissé, sans difficulté, à deux reprises, guidée par deux mains différentes, sans sentir le dentier.

(J. R., *Gaz. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 5 avril 1913.)

Le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Par le Prof. Albert Robin.

La stomatite ulcéro-membraneuse n'est plus aujourd'hui une affection très fréquente. Nous sommes loin des épidémies dont Desgenettes, Larrey, etc., et plus près de nous Bergeron, nous ont laissé la description. Néanmoins, elle existe encore ; on la rencontre surtout chez les enfants et chez les soldats.

N'oublions pas qu'il s'agit d'une maladie spécifique au point de vue clinique, par la prédominance des ulcérations, le caractère infectieux et contagieux de l'affection et par l'absence d'une cause toxique, l'intoxication mercurielle, par exemple.

L'auteur cite l'histoire d'un exemple typique de cette affection, qu'il a eu l'occasion de traiter récemment.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, exerçant la profession de dactylogra-

phe. Dans ses antécédents, on ne relève rien d'intéressant, sinon le fait que ses dents ont toujours été peu soignées. Ce manque de propreté buccale a probablement servi de point d'appel à l'infection.

Le 28 novembre dernier, sans aucun prodrome, le malade est pris de malaise général, de fièvre et de lassitude extrême. Il a des nausées. Sa bouche devient douloureuse et une forte salivation apparaît.

Ces deux derniers symptômes s'accentuent dans la nuit. Le lendemain, il remarque, sur ses gencives et à la face interne des joues, des ulcérations.

Il entre à l'hôpital le 30 novembre dans l'après-midi. La température prise en ce moment-là était de 38°.

Le lendemain matin, sa température avait baissé un peu, à 37°7, mais l'état général continuait à être très mauvais.

Le malade était pâle, abattu, et ne voulait toucher à aucun aliment. Son attitude était très caractéristique : assis sur son lit, il tenait entre ses mains un crachoir, sur lequel il était penché. La salive coulait, en effet, très abondamment, presque d'une façon continue, remplissant 6 à 7 crachoirs par jour.

Les douleurs gingivales étaient très fortes ; il y avait du trismus masséterin qui empêchait l'ouverture complète de la bouche.

A l'examen de cette bouche, il fut constaté la présence de nombreuses fausses membranes sur le voile du palais, à la face interne des joues, au niveau des gencives.

Ces fausses membranes enlevées découvraient des ulcérations peu profondes, mais étendues. Les ganglions sous-maxillaires étaient volumineux et douloureux.

Tel était l'état du malade au quatrième jour de sa maladie. A lire cette observation, on comprendra les descriptions de Bergeron et de Bretonneau qui décrivait cette affection sous le nom de « diphtérie buccale ».

Laissée à elle-même, la maladie ne pouvait que s'accentuer. D'après les auteurs, elle *dure plusieurs semaines* ; elle peut évoluer vers la gingivite expulsive, les dents tombant sans être cariées.

Devant la gravité des symptômes, on institua le traitement suivant :

D'abord une alimentation liquide, de l'eau et du bouillon. Le malade a pu ajouter le lait ; mais il faut savoir que le lait n'est pas toléré dans tous les cas de stomatite ulcéro-membraneuse. Il entraîne en effet dans l'estomac de nombreux agents microbiens de la bouche et fermente dans la cavité gastrique avec une très grande facilité.

Trois fois par jour, le malade devait commencer par se laver la bouche avec une infusion préparée en faisant bouillir, dans un litre d'eau, une poignée de *racines de guimauve* avec deux grosses *têtes de pavot*.

Ensuite, il procédait au grand lavage de la gorge et de la bouche, en se servant d'un bock à injections que l'on remplit avec une solution d'*acide borique* à 30 p. 1.000.

La canule à injections vaginales est introduite dans la bouche ; le malade penche la tête en avant, et on peut ainsi faire un lavage très complet.

Après avoir détergé la muqueuse bucco-pharyngée au moyen de ces deux procédés, on applique le *chlorate de potasse* qui est la médication par excellence de ces stomatites.

On prescrit le gargarisme :

Chlorate de potasse..................	5 gr.
Laudanum de Sydenham..............	IV gouttes
Eau................................	100 gr.

Après avoir fait gargariser le malade avec cette préparation, on toucha les lésions ulcéreuses avec une solution de chlorate de potasse à 10 p. 100 ou même à 20 p. 100. On peut ajouter du laudanum pour calmer la douleur.

Certains malades ne peuvent pas supporter ces solutions fortes au chlorate de potasse.

On peut alors compléter la médication, en administrant dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à soupe, la potion suivante :

Chlorate de potasse......................	4 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.................	30 »
Eau distillée..........................	120 »

En somme l'agent principal de ce traitement est le chlorate de potasse. C'est un antiseptique puissant par l'oxygène « à l'état naissant » qu'il abandonne.

Mais pour que le chlorate de potasse agisse, il faut qu'il entre en contact direct avec les ulcérations. C'est dans ce but que l'on déterge préalablement la muqueuse buccale par l'eau de guimauve et le lavage à l'eau boriquée, avant de passer à l'application du chlorate de potasse.

En dehors de son action antiseptique, le chlorate de potasse exerce une influence favorable sur la cicatrisation des ulcérations.

On complète le traitement par le chlorate de potasse administré à l'intérieur. Ce médicament, en effet, s'élimine par les glandes buccales et pharyngées. De plus, il est légèrement diurétique et cholagogue.

Ces notions font comprendre la nécessité d'une bonne technique dans l'administration de ce médicament.

Les bons effets du traitement ne tardent pas à se produire. Le lendemain déjà le malade en question se sentait mieux, la salivation avait un peu diminué. Le surlendemain, 3 décembre, l'amélioration s'accentue ; le 4, la fièvre est tombée, les fausses membranes buccales sont réduites à quelques débris ; le 5, la guérison est complète : ni fièvre, ni douleurs, ni salivation.

La durée totale du séjour du malade à l'hôpital a été de *neuf* jours. La guérison était totale *cinq* jours après le commencement du traitement.

(*Bulletin général de Thérapeutique.*)

Restauration radiculaire.

Un des problèmes les plus difficiles que les dentistes aient à résoudre est la restauration durable des racines.

Grâce à la méthode du coulage, cette opération, autrefois difficile et paraissant même impossible, est effectuée maintenant sans grand désagrément pour le patient.

Prenons, par exemple, une molaire. Enlever le tissu gingival, l'excroissance de cellules géantes et la pulpe tuméfiée qui peut avoir recouvert les bords. Pour cela, rien de meilleur que l'acide trichloracétique qui est antiseptique, indolore et efficace. Si l'excroissance est de dimension considérable ou si l'on doit faire l'ablation de beaucoup de tissu, il faudra employer en même temps que l'acide une lancette ou des ciseaux à gencives.

Si les racines n'ont pas été déjà traitées et obturées, il peut être avantageux de confectionner dans ce but une matrice avec une plaque d'argent pur de 10 ou 5 centièmes de millimètre, soudée avec de la soudure d'or à 18 carats.

Lorsque les racines ont été soignées et obturées, enlever la matrice et toute la partie cariée de la dent, confectionner un modèle en cire de la forme voulue, couler en argent pur et cimenter en place. En faisant la restauration, vous pouvez déterminer par la longueur de l'articulation la hauteur à laquelle il conviendra de monter la couronne artificielle que vous emploierez.

L'argent pur est le seul métal connu possédant toutes les qualités nécessaires pour une restauration.

Les tissus s'accommodent très bien de son contact ; il n'y a que très peu d'inflammation et pas de périodontite.

Pour une molaire inférieure où la carie a séparé les racines à la bifurcation, et après avoir préparé les racines pour la restauration, une excellente méthode sur laquelle on peut compter est la suivante :

Percer un trou dans chaque racine à sa plus grande dimension avec une fraise ronde de grosseur convenable montée sur la pièce à main, puis confectionner un pivot en fil d'argent pur et l'insérer dans les ouvertures pratiquées. Cela remplit un double but : maintenir fermement les racines en apposition parfaite et servir de support à la cire. Après avoir refroidi la cire, l'enlever et sculpter le modèle à la forme désirée. Mettre en revêtement et couler.

On remarquera que l'argent se soude parfaitement au pivot d'argent. Il n'y a à craindre aucune inflammation du septum entre les racines ; ce métal, bienfaisant, améliore l'état.

Dans le cas de prémolaires fracturées ou lorsqu'une des dents à racine simple nécessite une restauration, j'emploie toujours le fil d'argent comme pivot de rétention pour ma restauration.

(W. E. Fribley, *The Dental Brief* : *Laboratoire*.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

L'emploi du 606 en stomatologie [1]. — Depuis que le 606 (Salvarsan) et son perfectionnement le Néo-Salvarsan sont employés avec un succès indéniable pour combattre la syphilis, les diverses spécialisations médicales (oculistique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, etc...) ont eu l'obligation de s'intéresser à leur action pour en faire bénéficier les malades atteints dans tels ou tels organes. C'est encore une occasion, entre mille, de remarquer combien les différentes parties de l'organisme sont solidaires de l'état général.

En stomatologie, les manifestations buccales de la syphilis (chancres, plaques muqueuses, accidents tertiaires) ont été guéries par le traitement général : injection intra-musculaire ou intra-veineuse de 606.

Mais, à l'occasion de ce traitement, on s'est aperçu également que la stomatite mercurielle ne se produisait pas chez les sujets préalablement soumis au Salvarsan et subissant ensuite un traitement hydrargyrique.

Or, on sait que la stomatite mercurielle n'est pas une manifestation syphilitique, mais une stomatite toxi-infectieuse spécifique, dans laquelle la symbiose fuso-spirillaire à virulence exaltée se trouve en présence d'un terrain gingivo-dentaire à résistance affaiblie par le poison mercuriel.

Ici, ce n'est pas sur le spirochète de Schaudinn, mais sur l'infection fuso-spirillaire qu'agit le 606. Des malades qui à chaque traitement hydrargyrique avaient des poussées de stomatite obligeant à interrompre cette médication, n'ont plus présenté de réaction buccale à partir du jour où le 606 leur a été appliqué, quoiqu'on ait repris immédiatement après la série des injections mercurielles.

Cette action du Salvarsan ne subsiste pas après l'élimination de ce médicament, c'est-à-dire après le cinquième ou sixième jour qui suit son application. Il faudrait donc, au cas où la stomatite se reproduirait, faire une nouvelle injection de 606, ce qui pourrait ne pas être sans danger pour l'organisme.

On sait également que le Salvarsan a donné d'excellents résultats non seulement dans la syphilis, mais encore dans d'autres affections produites par des spirochètes, entre autres dans la maladie du som-

---

1. Extrait du *Sud-Est Dentaire*, n° 6, juillet 1913, Guibaud.

meil. Or, l'ultra-microscope a déjà fait découvrir dans la bouche plusieurs espèces de spirochètes et, à mesure que ces études se poursuivront, on constatera probablement une relation intime entre ces micro-organismes et certaines affections bucco-dentaires réputées jusqu'ici comme non spécifiques : carie dentaire, pyorrhée alvéolaire, etc. Les effets du traitement de quelques-unes de ces maladies par le 606 semblent indiquer déjà qu'il ne s'agit pas d'une simple vue de l'esprit, mais que l'adage connu : *naturam morborum curationes ostendunt* se vérifie une fois de plus à cette occasion.

C'est ainsi que dans l'angine de Vincent et la stomatite ulcéromembraneuse, d'origine spirillaire, le Salvarsan a produit des guérisons rapides et frappantes. Au lieu du traitement général par des injections intra-musculaires ou intra-veineuses, c'est aux applications locales qu'on a recours de préférence. Le 606 est employé soit en poudre tel qu'il est livré par le fabricant, soit dans des ampoules scellées, soit de préférence en dilution extemporanée à 10 o/o dans la glycérine. Il existe des ampoules de 15 centigr. qu'on fera dissoudre dans 1 gr. 50 de glycérine. A condition de tenir cette dilution dans un flacon bien bouché, on peut la conserver deux ou trois jours sans qu'elle perde de son efficacité.

On lavera les ulcérations au sérum artificiel (eau salée à 7 p. 1000) et on les badigeonnera immédiatement à l'aide de la solution glycérinée qu'on aura obtenue en mélangeant la poudre de 606 et la glycérine dans un mortier à amalgame avec une baguette de verre (le tout très propre, bien entendu). On doit obtenir après dilution complète un liquide transparent de couleur jaune. On ne fera pas laver la bouche après le badigeonnage. On peut faire deux, trois et, s'il le faut, de plus nombreuses applications dans les vingt-quatre heures, et cela plusieurs jours de suite. On aura soin de faire pénétrer le liquide dans les clapiers et culs-de-sac aussi profondément que possible.

Les résultats sont frappants et extrêmement rapides. Du jour au lendemain les gencives décollées ont repris leur adhérence, les ulcérations sont en voie de cicatrisation, l'écoulement purulent est presque tari, la fétidité de l'haleine très atténuée, les symptômes généraux très amendés. A l'examen microscopique, les spirochètes et les bacilles fusiformes disparaissent en même temps.

On ne doit pas oublier cependant qu'il y a là, comme dans la plupart des infections buccales, une association poly-microbienne et que le Salvarsan n'agit que sur certaines espèces. Il ne faudra donc pas s'étonner si, après cette soudaine et énorme amélioration, il subsiste encore des symptômes infectieux et si l'état de la fibro-muqueuse buccale demeure stationnaire, malgré la continuation du traitement d'Ehrlich.

C'est qu'indépendamment de l'action du 606 sur les spirilles et les spirochètes, il reste à agir sur les autres microorganismes buccaux, à l'aide des moyens déjà connus et employés : acide sulfurique de Nordhausen, acide chromique, cautérisation ignée, etc., etc. Sur le terrain buccal déjà très favorablement modifié, ces médications classiques complètent et achèvent la guérison.

Le traitement de nombreuses affections buccales importantes, telles que l'angine de Vincent, la stomatite ulcéro-membraneuse, la pyorrhée alvéolaire, la stomatite mercurielle, etc., par le 606 appliqué localement est donc aujourd'hui classique en stomalotogie. Pour les cas graves, on pourra toujours avoir recours au traitement général, c'est-à-dire à l'injection intra-musculaire ou intra-veineuse de Salvarsan suivant la technique habituelle.

Durcissement et trempe de l'acier. — Ce durcissement et cette trempe seraient une transformation (pendant une variation thermique de 3°) de la perlite ($21\ Fe + Fe_3\ C$), qui est son constituant composé en hardenite, constituant amorphe micrographiquement ($Fe_{24}\ C$). Le carbure de fer, en raison de l'extinction, est changé en une association moléculaire avec la totalité du fer.

L'hardenite a une dureté de 7 à l'échelle de Mohr, c'est-à-dire qu'elle est aussi dure que le flint, le quartz ou le cristal de roche. Il est difficile d'expliquer comment le pouvoir thermique qu'a la perlite minérale (avec une dureté de 4, 5) de se transformer en hardenite de roche ignée (avec une dureté de 7) a contribué au progrès de la civilisation et du bien-être matériel de la race humaine. L'hardenite est très instable et son pouvoir tranchant est très limité par ce fait que la chaleur de frottement sous l'action du tour transforme l'hardenite en perlite relativement molle.

Les tentatives faites pour rendre stable l'hardenite sous la chaleur produite par la manipulation ont conduit à inventer les aciers à durcissement autogène et à sectionnement rapide, qui contiennent une certaine quantité de tungstène et, dans des variétés plus récentes et encore plus dures, un pourcentage relativement plus faible de chrome. C'est à l'Exposition de 1900 à Paris qu'on vit pour la première fois des outils rotatifs coupant de l'acier très doux à une vitesse qui amenait au rouge la tête de l'outil. (*Dent. Record.*)

Polissage des surfaces rugueuses des dents de porcelaine. — Après la taille avec le tour d'atelier ou la pierre du tour de cabinet, on frotte la surface de porcelaine rugueuse pendant une minute avec un petit morceau de toile d'émeri. On fait disparaître ainsi les inégalités et le tranchant des bords et en finissant avec de l'émeri plus fin on obtient un beau poli, sans recourir à la peau de buffle, à la ponce ou à la poudre de mastic. Le papier de verre ou le papier de sable ne conviennent pas, l'émeri ayant exactement le degré voulu de dureté, préférable même au carborundum. (*Dent. Record.*)

Recherche des canaux radiculaires. — Quand l'entrée des canaux radiculaires a été bouchée temporairement par la carie qui a pénétré dans la chambre pulpaire, on peut découvrir ces canaux en humectant d'alcool le plancher de celle-ci et en séchant à l'air chaud. La dentine devient blanche, mais l'entrée des canaux radiculaires présente de petites taches noires, qui indiquent le point où il faut appliquer la fraise ou le foret. (*Oral Health.*)

Protection des joues du patient dans la pose de la digue. — On protège la face du patient quand la digue est en position en mettant de petits morceaux de cotonoïde entre le porte-digue et la joue. (*Dental Review.*)

La douleur après l'extraction. — La douleur consécutive à l'extraction peut provenir d'une inflammation ou d'une névralgie. Dans le premier cas recourir à des applications calmantes locales. Quand l'alvéole est douloureux après l'extraction d'une dent présentant un abcès, le laver à l'acide carbonique pur, puis rincer la bouche plusieurs fois avec une solution saline normale aussi chaude qu'on peut l'endurer, avec des compresses froides ou un sac de glace à l'extérieur de la face. (*Items of interest.*)

Irritation causée par le miroir à bouche. — Quand on opère sur des deuxièmes ou troisièmes molaires, pour empêcher l'irritation causée par le miroir à bouche lorsque les coins de la bouche sont irritées, enrouler du coton absorbant autour du manche du miroir, près de la glace, et humecter avec une solution antiseptique, ou bien séparer le miroir du manche et glisser autour un morceau de tuyau de caoutchouc. (*Dent. Digest.*)

Obturation d'une dent sans pulpe. — Dilater les canaux, y mettre de l'acide sulfurique à 50 o/o, puis du sodium-potassium, qu'on introduit au moyen d'une broche barbelée ; ensuite, avec une broche douce, entourée de quelques fibres d'ouate humectées avec 25 o/o de pyrozone, nettoyer et stériliser les canaux. Sécher avec des pointes de papier jusqu'à dessiccation complète, mettre de la créosote dans les canaux et, avec une petite broche, chasser l'air. Quelques gouttes de chloroforme déplaceront la créosote et se servir de pointes fines de gutta jusqu'à ce que la gutta dissoute soit ferme. Si la gutta se constracte, ce sera en long, non latéralement et l'on pourra être sûr que l'extrémité apicale est fermée. (*Dent. Summ.*)

Renforcement d'un dentier partiel. — En enlevant le rebord extérieur on affaiblit la pièce, et les fils ou renforts métalliques des fournisseurs ne servent pas à grand'chose parce que le caoutchouc n'adhère pas au métal. Le métal australien renforce le dentier, parce que le caoutchouc passant dans ces trous et ceux-ci étant rabattus sur le côté lingual, cela forme une tête sur les projections de caoutchouc ; cela donne beaucoup de force au dentier, tout en n'exigeant qu'un minimum d'épaisseur. (*Dent. Summ.*)

Obturation à l'étain et à l'or. — L'étain et l'or donnent une meilleure adhérence que l'étain pur. S'en servir pour le revêtement, au moyen d'un instrument pour le tenir, sans pression exagérée. Si l'on obture la cavité et si l'on met de l'or par-dessus on a une belle aurification.

Pratiquer une dépression dans l'étain pour un point de rétention et déployer autant de soin que pour les autres obturations. La position

de la cavité joue un grand rôle. On a une bonne adhérence, mais il faut toujours une encoche ; ne pas compter uniquement sur l'adhérence de la feuille d'or au mélange or étain pour tenir l'or. (*Dent. Summ.*)

Moyen d'éviter les vides en coulant des moulages. — A l'aide d'un pinceau de grosseur moyenne et plutôt rugueux, badigeonner l'empreinte comme un inlay. Plonger le pinceau dans l'eau immédiatement et, après l'avoir secoué plusieurs fois, il sera prêt à resservir. (*Dent. Dig.*)

Moyen d'empêcher le moufle de noircir. — Introduire dans le vulcanisateur un morceau de chaux vive de la grosseur d'un pois. Si la chaux est éteinte, cela sera parfait : le noir partira des doigts sans savon et cela empêchera de se salir les mains. (*Dent. Dig.*)

Préparation d'une cavité pour introduire une obturation à l'amalgame. — Enlever toute la carie, en comprenant rainures et fissures ; ne pas laisser de bords débordants ; enlever tout l'émail jusqu'à ce qu'il soit soutenu par de la dentine saine ; se souvenir de la forme convenable et de la forme de la rétention ; faire une cavité avec plancher bien plat et tailler en biseau les bords de l'émail. Introduire enfin l'obturation avec grand soin. (*Dent. Summ.*)

BULLETIN

L'ÉVOLUTION ODONTOLOGIQUE

Ou en sommes-nous ?

Le moment nous semble favorable, au retour des vacances, au début d'une nouvelle année scolaire, quatre ans après la promulgation du décret de 1909, deux ans après son application, pour examiner la situation faite à l'art dentaire en France, et pour se demander : où en sommes-nous de l'évolution odontologique ?

Lorsque, comme nous, on a passé une partie de ses vacances à l'étranger, on peut plus facilement envisager les événements qui nous intéressent avec le recul nécessaire, dégagés des petites questions personnelles qui les obscurcissent dans les luttes quotidiennes, et établir, avec ce qui se passe dans les autres pays, des comparaisons toujours utiles pour juger avec raison, justice et impartialité.

Lorsque ces voyages de vacances se sont faits comme cette année à La Haye, à l'occasion de la réunion annuelle de la Fédération dentaire internationale, il s'ajoute à nos jugements plus d'autorité et de compétence, parce que les hommes qui participent à ces réunions appartiennent à l'élite professionnelle mondiale; investis de la confiance de leurs confrères, ils occupent dans leurs pays respectifs de hautes situations, enfin les renseignements et documents qu'ils apportent sont tout à fait dignes de foi.

On se prend alors à considérer avec plus de sérénité philosophique l'évolution, non plus dans le domaine limité de son propre pays et de son époque, mais dans une vue d'ensemble à travers le temps et l'espace. On apprécie mieux ainsi les différents facteurs qui en accélèrent ou en entravent la marche et particulièrement

le facteur temps, sans lequel rien ne se crée de solide ni de durable.

II. — La situation en général est satisfaisante.

En nous basant sur les différentes considérations qui précèdent, il nous apparaît que la situation en général est plutôt satisfaisante et que l'évolution de l'art dentaire se fait partout suivant une marche régulière, et, ajoutons-le, malgré les obstacles qu'elle rencontre sur sa route, conforme aux principes odontologiques, quoi qu'en disent les prophètes de malheur.

Il nous a été donné de constater que le chirurgien-dentiste (aussi bien en Angleterre ou en Allemagne qu'en France et dans les principaux pays civilisés) occupe de plus en plus, dans l'organisation sociale, par un enseignement mieux approprié à ses besoins et par les services qu'il rend dans les diverses fonctions de l'assistance ou de l'hygiène publiques, une place plus importante et qui lui assure plus de considération de la part des gouvernements et du public.

D'un autre côté, il ne paraît pas que le sophisme stomatologique ait fait en Europe le moindre progrès digne d'être noté[1]*. Nous ne parlons pas de l'Amérique, où l'on peut dire qu'il n'a jusqu'à présent réussi à s'implanter dans aucun pays. Les gouvernements de tous les Etats, du nord au sud, depuis le Canada et les Etats-Unis jusqu'au Brésil, au Chili ou à la République Argentine, ont partout adopté la solution odontologique même avec le doctorat en chirurgie dentaire comme sanction des études spéciales.*

Dans les pays où le stomatologisme a réussi à influencer la législation comme en Autriche par exem-

1. Nous relevons l'aveu suivant bien intéressant dans le dernier numéro de la *Revue de Stomatologie* sous la signature de M. Cruet. « L'Allemagne n'a pas la même législation dentaire que nous et ignore à peu près, sauf exceptions individuelles, toute la stomatologie et toute la conception qu'on s'en fait en France ».

Revue de Stomatologie, septembre 1913, page 382.

ple, où la loi a exigé des dentistes le doctorat en médecine, il a donné naissance à un danger particulier : le développement de l'exercice illégal par les mécaniciens-dentistes dans de telles proportions que récemment les pouvoirs publics ont dû intervenir.

Reconnaissant que ces techniciens étaient nécessaires pour la pratique de la prothèse dentaire, insuffisamment assurée, paraît-il, par les docteurs dentistes, les pouvoirs publics ont donné aux mécaniciens-dentistes, avec un diplôme spécial, une existence légale ; d'où, à nouveau, deux sortes de praticiens. C'est plutôt un recul pour la stomatologie. Nous livrons cet exemple, que nous pourrions multiplier, à la méditation des stomatologistes.

C'est la revanche que prend la prothèse dentaire dans les pays où la législation en a méconnu l'importance.

En effet, la prothèse dentaire, prise dans son sens le plus large, dans le sens étymologique du mot, occupe chaque jonr une place de plus en plus grande dans la pratique du dentiste. Elle doit donc avoir une place en rapport avec son importance dans le programme des études.

C'est ce qu'avaient bien compris les odontologistes qui fondèrent l'Ecole dentaire de Paris en 1879 et l'on peut dire aussi que cela prouve une fois de plus la supériorité de la législation de 1892 et de 1909 qui a créé le chirurgien-dentiste français de cinq ans, médecin et chirurgien suffisant, mais bon technicien et bon prothésiste avant tout.

III. — L'ÉVOLUTION EN FRANCE EST CONFORME AU PROGRAMME DES ODONTOLOGISTES.

Si la situation est satisfaisante au point de vue général, elle ne l'est pas moins en ce qui concerne la France au point de vue des principes odontologiques.

En effet la loi du 30 novembre 1892 n'a-t-elle pas créé

le diplôme spécial de chirurgien-dentiste comme l'ont fait les législations de la plupart des pays civilisés ? Les décrets de 1893 et de 1909 n'ont-ils pas reconnu, consacré la nécessité des études spéciales pour obtenir ce diplôme et exercer la profession ? Enfin le décret de 1909, par la création du stage dentaire au début de ces études et des examens probatoires qui le terminent, n'a-t-il pas proclamé l'importance de la technique et, disons le mot, de la prothèse dentaire ? Comme conséquence, le jury n'est-il pas devenu, lui aussi, un jury spécial composé aujourd'hui d'un agrégé en médecine et de deux dentistes dont un chirurgien-dentiste au moins chargés du contrôle de ces études ?

Enfin les centres d'enseignement qui se sont créés à Paris et en province au nombre de dix ne sont-ils pas tous de véritables écoles spéciales d'art dentaire qu'il s'agisse des cinq écoles dentaires libres, des deux écoles de stomatologie de Paris ou des cliniques dentaires des Facultés de Bordeaux, de Lille ou de Nancy où s'enseigne, comme le prescrit le décret de 1909, la technique et la prothèse dentaires ? Sur ces dix centres d'enseignement, sept sont sous la direction directe des dentistes ou des associations professionnelles.

Et cette évolution n'est-elle pas entièrement conforme aux principes de l'autonomie de l'art dentaire proclamée par les odontologistes depuis trente ans, à leur programme, à leurs revendications ? Ces résultats ont demandé et demandent encore pour être maintenus et développés une grande somme d'efforts persévérants pendant une longue suite d'années, mais n'est-ce pas la loi même de toute évolution comme nous le rappelions plus haut ? Il y a cependant quelques ombres au tableau au point de vue des applications, dira-t-on, nous en parlerons ultérieurement. Il n'y a pas lieu pourtant de s'en inquiéter, l'évolution odontologique continue sa marche normale, et l'avenir lui appartient.

CH. GODON.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES AU SÉNAT

Intervention de M. le sénateur Paul Strauss.

Pour faire suite à l'extrait du procès-verbal de la 1re séance la Chambre des députés du 18 juillet 1913, dans laquelle a été discuté l'amendement Méquillet, relatif aux chirurgiens-dentistes ou étudiants en chirurgie dentaire appelés sous les drapeaux, que nous avons publié dans notre numéro du 15 août 1913, p. 133, nous croyons devoir reproduire ci-après les paroles prononcées au Sénat dans la séance du 8 août 1913, lors de la discussion de la loi militaire, par M. Paul Strauss, sénateur, président de notre Comité de patronage, que nous remercions de son intervention en cette circonstance.

M. Paul Strauss. — *Je voudrais très brièvement appeler l'attention de la Commission de l'armée sur la situation militaire des chirurgiens-dentistes, et ce, à un double point de vue : d'abord en ce qui concerne les sursis qui doivent être accordés aux élèves en chirurgie dentaire aux cours de leurs études ; en second lieu en ce qui touche l'utilisation des dentistes comme dentistes auxiliaires. Je n'insiste pas en ce moment. M. Méquillet a présenté à la Chambre des députés un exposé complet de ces revendications. Je me réserve de donner, lorsque viendra devant nous le projet rectificatif, tous les développements désirables.*

Mais j'ai espoir que la Commission, s'inspirant des circulaires de M. le ministre de la Guerre, voudra utiliser comme il convient les chirurgiens-dentistes dans l'armée et, en outre, favoriser les études des élèves en chirurgie dentaire. (Très bien ! très bien !)

M. le rapporteur. — *Nous sommes d'accord ; la Commission s'occupera de la question.*

M. le président. — *Je mets aux voix les paragraphes de l'art.* 15 *qui ne sont contestés par personne.*

(Ces paragraphes sont adoptés.)

Nous croyons utile de reproduire la circulaire suivante relative aux sursis d'incorporation susceptibles d'être accordés aux étudiants en chirurgie dentaire.

Rappelons que dans notre dernier numéro nous avons publié une note du Recteur informant que les dispositions de cette circulaire sont applicables aux étudiants des écoles dentaires.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

Le Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télé-

graphes, chargé de l'intérim du Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts à MM. les Recteurs d'Académie.

Paris, le 12 août 1913.

Aux termes de l'art. 7 de la loi du 7 août 1913 sur le recrutement de l'armée : « La classe 1913 sera incorporée dans la seconde quinzaine de novembre au plus tard. Pour les appelés de cette classe la durée du service comptera du 1er octobre 1913.

» Les tableaux de recensement de la classe 1913 seront dressés sans délai dans les conditions indiquées par l'article 10 de la loi du 21 mars 1905, modifié par l'article 6 de la présente loi. Ils seront publiés aussitôt et de telle manière que l'unique publication qui en sera faite ait lieu au plus tard le troisième dimanche qui suivra la promulgation de la présente loi.

» Le délai d'un mois prévu à l'article 10 précité est, par exception, réduit à 10 jours.

» Les demandes de sursis d'incorporation prévues à l'art. 21 de la loi du 21 mars 1905 devront être adressées aux maires dix jours au moins avant la date fixée pour les opérations des conseils de revision. Elles seront instruites et soumises d'urgence au préfet dans les formes en vigueur. »

En présence des prescriptions de la loi, il m'a paru qu'il y avait lieu d'ouvrir, en dehors de l'époque réglementaire et à titre exceptionnel, les registres d'inscription des diverses facultés et écoles d'enseignement supérieur pour les jeunes gens de la classe 1913 qui, justifiant du baccalauréat, ont l'intention de demander un sursis d'incorporation pour raisons d'études supérieures et doivent par suite avoir pris leur première inscription avant leur comparution devant le conseil de revision.

Dès lors, j'ai décidé que ces registres seront ouverts du lundi 18 août au samedi 23 août inclus pour les jeunes gens dont il s'agit, mais pour eux seuls.

Je vous prie de donner des instructions très précises à cet égard à MM. les doyens et directeurs des facultés et écoles de votre ressort.

Je vous prie également de veiller, aussitôt après la réception de cette circulaire, à ce que la plus large publicité soit donnée dans les journaux des départements de votre ressort, en faisant connaître les heures auxquelles les secrétariats des facultés et écoles resteront ouverts.

Les certificats à produire par les étudiants en instance de sursis devant les conseils de revision devront être visés par vous ou en votre absence par M. l'Inspecteur d'Académie en service.

A. Massé.

HYGIÈNE

Nous empruntons à la Petite République *du* 11 *août dernier l'intéressant article suivant de M. Paul Strauss, sénateur, président de notre Comité de patronage, qui, on le voit une fois de plus, se préoccupe toujours des questions d'hygiène dentaire et des intérêts de notre profession. Nous ne saurions trop l'en remercier.*

L'HYGIÈNE DENTAIRE

Au cours de la discussion de la loi militaire, à la Chambre et au Sénat, des vœux ont été formulés pour la sauvegarde des études dentaires en France et pour l'utilisation des chirurgiens-dentistes dans les cadres de l'armée. Ce ne sont pas de simples revendications professionnelles et les arguments d'intérêt public ne manquent pas à l'appui des observations présentées à la Chambre par M. Méquillet et au Sénat par moi-même. C'est une grave question d'hygiène qui se pose et qu'il faudra résoudre avec une prévoyante équité dans le projet de loi complémentaire sur le régime des grandes écoles.

Le temps n'est plus où l'on pouvait considérer comme négligeables les soins de la bouche. Aux époques d'ignorance et de préjugés, l'arracheur de dents était relégué à la foire. L'art médical dédaignait cette partie du corps. Absurdité sans pareille et dont le souvenir pèse encore sur la mentalité contemporaine !

Il n'y a pas dans le corps humain d'organes subalternes. Toutes les fonctions ont la même valeur physiologique ; elles sont en corrélation intime et en solidarité étroite. Une mastication insuffisante, par exemple, retentit sur la digestion, et les plus ignorants connaissent le rôle essentiel de l'alimentation dans la conservation de la vie et de la santé.

Une fois le principe reconnu, toutes ses conséquences d'application découlent logiquement. L'art dentaire a pris, en ces dernières années, son développement normal ; il exige une préparation technique et une culture générale. La formation des chirurgiens-dentistes comporte des études sérieuses, un apprentissage complet, soit deux années de stage et trois années de scolarité. Nos écoles dentaires, à Paris, à Lyon, à Bordeaux, sont à bon droit réputées ; elles préparent à une profession utile, à une carrière honorable des jeunes gens des deux sexes.

Le chirurgien-dentiste a surtout un rôle préventif ; il ne doit pas intervenir seulement en cas de douleurs et pour l'extraction des

dents. C'est de bonne heure, et de tout temps, que sa surveillance s'impose pour éviter les altérations, les accidents, et pour maintenir intact le précieux appareil de mastication.

C'est dès l'enfance, à l'école et autour de l'école, que l'accoutumance aux soins de la bouche doit se faire. L'hygiène corporelle a des exigences auxquelles l'homme civilisé ne se soustrait pas impunément. Toutes les habitudes de propreté concourent à cette préservation sanitaire longtemps méconnue et négligée et qui repose sur un ensemble de précautions tutélaires.

L'hygiène dentaire, si importante pour le jeune âge, ne l'est pas moins pour l'adolescence et pour les débuts de l'âge adulte. C'est la période, par excellence, d'initiation aux bonnes habitudes, qui, une fois contractées, ne se perdent plus.

On a pu dire que l'école et le régiment sont deux observatoires de la santé populaire. Ce sont les milieux collectifs qui se prêtent le plus aisément à la bonne propagande, à l'éducation hygiénique.

Il y a lieu par conséquent d'attacher le plus haut prix à l'organisation des services de médecine préventive au profit des bénéficiaires les plus nombreux et les plus intéressants.

La requête adressée au ministre de la Guerre par la Fédération dentaire nationale, par son distingué président le docteur Charles Godon et son dévoué secrétaire général M. Henri Villain, ne s'inspire pas uniquement de préoccupations corporatives ; à ce titre seul, elle serait digne du plus bienveillant examen, parce qu'il n'est pas indifférent d'encourager ou de ralentir les études en chirurgie dentaire si florissantes en France depuis vingt-cinq ans.

Rien n'est plus équitable que d'accorder à de jeunes étudiants en chirurgie dentaire les sursis d'études qui leur sont indispensables pour leur carrière. Rien non plus n'est plus rationnel que d'utiliser, dans l'intérêt de l'armée, la compétence professionnelle de ces jeunes élèves au cours de leur service militaire.

Une circulaire de M. Henry Chéron, alors sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, a prescrit dans les corps de troupe, au moment de l'incorporation des jeunes soldats, un examen de la bouche et des dents de chaque soldat, en vue de la constitution d'une fiche dentaire.

Cet examen à l'entrée sera naturellement suivi d'examens périodiques ; il ne saurait être platonique et il a pour corollaire l'organisation de soins dentaires. Seules, des cliniques dentaires permettront d'instituer le traitement convenable. Une autre circulaire ministérielle stipule que le service des cliniques dentaires sera assuré par des militaires possédant au moment de leur incorporation dans l'armée le diplôme de chirurgien-dentiste d'une Faculté de médecine ou, à défaut, par des étudiants ayant huit inscriptions de chirurgie dentaire.

La nouvelle loi militaire n'a pas tenu compte de cette organisation et la loi de redressement, comme on l'appelle, devra régler les conditions de fonctionnement de cette branche spéciale du service de santé.

Il ne s'agit pas d'une innovation téméraire. La plupart des armées étrangères sont pourvues de services dentaires. En Angleterre, aux Etats-Unis, en Allemagne, en Serbie, en Bulgarie, au Canada, l'expérience technique des dentistes est utilisée.

Au cours de la séance du 18 juillet à la Chambre, l'honorable M. Méquillet, se référant à des statistiques officielles, a fait connaître que 50 o/o des jeunes recrues ont besoin de soins immédiats, 30 o/o de soins secondaires et qu'enfin le nombre des indisponibilités, considérable avant 1907, est en voie de décroissance.

Les médecins militaires eux-mêmes, si écrasés de besogne et en nombre insuffisant, se réjouiront d'avoir des auxiliaires compétents qui, sous leur contrôle, se consacreront non seulement à la guérison des affections de la bouche et des dents, mais surtout à leur prévention.

Les jeunes soldats, trop portés à se désintéresser du bon état de leur bouche, apprendront, par des conseils précis et par des exemples probants, ce qu'il en coûte de déroger aux règles de l'hygiène corporelle ; ils emporteront du régiment dans la vie civile des notions et des habitudes grâce auxquelles ils seront moins imprévoyants pour eux-mêmes et pour leur entourage.

Je sais qu'en ces dernières années le rôle social de l'officier a fait l'objet de controverses ardentes. Quelques-uns ont paru craindre que la préparation militaire ne fût amoindrie par les conférences à la caserne. La crainte était excessive. En tout cas, de telles appréhensions ne sauraient avoir de raison d'être pour les médecins, les pharmaciens, les vétérinaires, les dentistes militaires. Des hommes de l'art ne sont point détournés de leurs obligations de métier par un apostolat sanitaire. Le seul fait qu'ils remplissent leur mission consciencieusement les amène à propager les règles et les instructions d'hygiène individuelle et collective, à se faire les propagateurs de la médecine préventive.

Avec la prolongation du service militaire, avec le renforcement des effectifs, avec l'incorporation à vingt ans, un surcroît de vigilance sanitaire est le devoir élémentaire des chefs de l'armée. Toutes les formes de l'hygiène ont leur place à la caserne, dans les camps d'instruction, non seulement pour la préservation de la santé des jeunes soldats, mais encore pour leur éducation sanitaire.

LE TRAITEMENT UNIFORME DANS LES CLINIQUES DENTAIRES DE TOUS LES PAYS

Par le prof. Jessen (Strasbourg).

1. Il faut que les enfants soient présentés dès l'âge de 2 ans 1/2 tous les six mois pour être examinés à la clinique dentaire scolaire, afin que les dents de lait puissent être obturées avant de devenir douloureuses et que les enfants entrent à l'école communale avec une bouche saine.

2. Il faut que chaque enfant possède, dès l'âge de 2 ans 1/2, sa brosse à dents et apprenne à s'en servir tous les jours matin et soir, afin que le peuple soit chargé dès la prime enfance de son hygiène dentaire.

3. La bouche des enfants qui se trouvent plus tard à la clinique dentaire scolaire doit être soumise au traitement conservateur. Toutefois, les dents cariées qui ne peuvent être obturées et qui sont des foyers de corruption doivent être extraites. Les racines sèches de dents de lait doivent rester, dans l'intérêt du développement des maxillaires, jusqu'à ce que les dents qui leur succèderont fassent leur apparition.

Les couronnes usées doivent dans ce cas être coupées et les racines doivent être limées également, mais non être enlevées.

4. Les molaires de 6 ans doivent être traitées et conservées autant que possible jusqu'à 12 ans et n'être extraites que lorsqu'elles sont très défectueuses ou quand la place est insuffisante.

5. Dans toutes les circonstances et dans tous les cas il faut gagner la confiance des enfants. Les enfants qui résistent et qui ne veulent pas se laisser traiter ne doivent pas être forcés, mais doivent être accueillis aimablement quand ils reviennent.

Il faut dans tout traitement avoir égard à la possibilité de mastiquer, au changement de denture et à l'état général.

6. Chaque traitement doit être institué suivant l'individu et se régler d'après l'âge, la constitution et le caractère de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

Fratture delle ossa mascellari e loro cura.

Le Prof. Arrigo Piperno, privat docent d'odontologie et de prothèse dentaire à l'Université de Rome, a publié, à l'Union typographique d'éditions de Turin, un volume de 188 pages sur les fractures des maxillaires et leur traitement.

L'ouvrage, précédé d'une préface, est divisé en deux parties : la 1re, subdivisée en cinq chapitres, contient des considérations anatomo-physiologiques sur le mécanisme dentaire de l'homme au point de vue des fractures des maxillaires et s'occupe de l'étiologie, de la variété, du mécanisme, de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et des complications des fractures du maxillaire supérieur, puis du maxillaire inférieur.

La 2e partie, subdivisée en 4 chapitres, est consacrée au traitement des fractures ; elle donne une description historique, elle expose le traitement général et une étude préliminaire, en distinguant d'abord les fractures du maxillaire supérieur, puis celles du maxillaire inférieur.

L'ouvrage se termine par un épilogue, puis par l'indice des noms d'auteurs ; une bibliographie accompagne chaque chapitre, au lieu de se trouver à la fin du volume.

118 figures sur 28 planches hors texte illustrent et complètent cet ouvrage, qui fait honneur à son auteur, que plusieurs d'entre nous ont eu l'occasion de voir à la session de la F. D. I., à Londres. (Il est membre de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics.)

Nous ne pouvons que féliciter M. Piperno de ce travail considérable.

Livre reçu.

Nous avons reçu de notre confrère M. Burellier-Daubenton, de Nancy, membre de l'A. G. S. D. F., une brochure de 27 pages intitulée *Contribution à l'étude de l'hémostase en chirurgie dentaire. Emploi du crampon à forcipressure.*

VARIA

L'ART DENTAIRE DANS L'ANTIQUITÉ

Si l'on en juge par la récente monograpahie de M. le Dr A. Soulé (de Paris) sur l'histoire de l'art dentaire dans l'antiquité, l'homme préhistorique pratiquait déjà l'extraction des dents : le nombre considérable de crânes édenté de vieillards, trouvés dans les cavernes semble confirmer cette opinion. On peut néanmoins supposer qu'il connaissait des procédés de thérapeutique moins douloureux que l'extraction.

C'est d'Egypte que provient le plus vieux document de médecine connu : un papyrus de 20 mètres de long, rédigé en langue hiératique et dont le texte est divisé en 108 sections. On trouve dans ce document de nombreux remèdes contre l'inflammation des gencives et le mal de dents. Un des plus populaires contre l'odontalgie consistait à mettre dans la carie de la poudre d'encens ou bien à pulvériser de la jusquiame et à la pétrir avec du mastic. On plaçait la masse dans la partie supérieure de la dent et l'on répétait trois fois l'incantation. Pour fortifier les dents chancelantes, on préparait une pâte avec de la poudre de fruits de palmiers, de la mine de plomb terreux et du miel et, avec cette pâte, on frottait les gencives vigoureusement. Quant aux gencives enflammées et saignantes, elles étaient guéries assez rapidement par un emplâtre fait avec de la graisse d'oie et du miel.

C'est beaucoup plus tard, vers 500 ans avant J.-C., que la thérapeutique dentaire approchera davantage d'un art en devenant l'apanage de docteurs spéciaux.

Les médecins dentistes du temps d'Hérodote paraissent avoir connu l'obturation des dents. On a trouvé, en effet, sur des momies qui semblent dater de cette époque, des molaires qui portaient au milieu de la face triturante un point d'or enfoncé de telle sorte que les siècles n'ont pu détruire l'adhérence du métal avec l'ivoire.

La vieille Egypte connaissait aussi la prothèse dentaire. Pour combler le vide des mâchoires, on employait souvent des dents de sycomore fixées par des fils d'or aux dents naturelles voisines.

C'est de l'Egypte que les pratiques médicales se sont répandues en Phénicie et en Grèce et, de là, chez les Etrusques et les Romains.

L'art dentaire commence chez les Grecs aux extrêmes limites de l'histoire. D'après Cicéron, c'est Esculape qui, le premier, conseilla

l'extraction des dents. Il avait joui, de son vivant, d'une extrême popularité, et quand il mourut les prêtres comprirent tout le profit qu'ils en pouvaient tirer et le consacrèrent dieu. En son honneur ils prirent le nom d'Asclépiades et édifièrent des temples superbes où de nombreux malades venaient chercher la guérison.

Mais les vrais descendants d'Esculape, les médecins laïques, gardèrent pieusement le secret des connaissances médicales dont ils avaient hérité et formèrent une caste particulière : c'est la famille des Asclépiades, dont plus tard sortira Hippocrate, et qui n'a rien de commun avec les Asclépiades religieux.

Hippocrate, dit M. Soulé, a étudié les dents au triple point de vue de l'anatomie, de la pathologie et de la thérapeutique. La pathologie dentaire tient une grande place dans ses œuvres. Les accidents de la dentition semblent l'intéresser d'une façon toute particulière. « A l'approche de la dentition, dit-il, il se produit des inquiétudes des gencives, des fièvres, des convulsions, des diarrhées, surtout pendant la sortie des dents canines. Les enfants qui, dans la dentition, vont souvent du ventre, sont moins sujets aux convulsions que ceux qui vont peu. De même, une fièvre aiguë, survenant chez un enfant pendant la dentition, prévient presque toujours des convulsions. »

En ce qui concerne la carie, voici quelle en est, pour lui, l'étiologie : « Le froid est l'ennemi des dents ; celles-ci deviennent douloureuses par suite de l'amas du phlegme sous les racines. La carie survient parce qu'elles sont rongées par ce phlegme ou par les débris alimentaires : elle frappe de préférence les plus faibles, les moins adhérentes. »

Quant à sa thérapeutique, elle est variée et singulière : contre l'odontalgie et les fluxions, il recommande les gargarismes de castoreum et de poivre. Pour ce qui est de l'extraction, Hippocrate se montre d'une prudence extrême : « Pour les douleurs causées par les dents, dit-il, si la dent est cariée et branlante, il faut l'ôter ; si, sans être cariée ni branlante, elle excite cependant de la douleur, il faut la dessécher en la brûlant, les masticatoires servent aussi. »

Aristote, qui est né à Stagyre en 384 et mourut à Chalcis en 322 avant J.-C., apporta une attention particulière à l'étude des dents. Il en décrit d'abord l'évolution : « les enfants ne commencent qu'au septième mois à pousser des dents. Naturellement ce sont celles de devant qui percent les premières. Tantôt ce sont celles d'en haut qui viennent avant les autres, tantôt ce sont celles d'en bas. Mais toujours elles poussent plus vite chez les enfants dont les nourrices ont un lait plus chaud. » Ces dents de lait vont tomber et seront remplacées par les dents permanentes ; quant aux dents de sagesse, leur évolution est irrégulière.

En ce qui concerne l'extraction, Aristote observe la même réserve qu'Hippocrate. Voici comment, dit M. Soulé, il juge cette opération dans le *Traité de la mécanique* : « Il n'y a aucune raison pour que les médecins extraient plus facilement les dents en ajoutant le poids du forceps (davier) qu'en faisant usage de la main seule. Peut-on dire que cela se produit parce que la dent échappe plus facilement de la main que de l'instrument ? Mais c'est le contraire qui doit arriver. Le forceps (davier) est composé d'un double levier qui permet de mobiliser la dent ; après quoi il est plus aisé de l'extraire avec la main qu'avec l'instrument. »

Dioclès de Caryste, qui vivait au IIIe siècle avant notre ère, fut un des premiers praticiens de son temps. Contre le mal de dents, il préconisait surtout un collutoire composé de gomme de cèdre et de safran.

A cette époque, il faut encore citer deux médecins remarquables: Erasistrate d'Elis et Hiérophile de Chalcédoine, qui devinrent chefs d'école.

La médecine grecque subit ensuite une période d'affaiblissement qui dura deux siècles. C'est au Ier siècle de notre ère que, transplantée à Rome, elle brilla d'un vif éclat avec Claude Galien (131-201 ap. J.-C.). Au point de vue dentaire, Galien ne se contenta pas de rééditer Hippocrate et Aristote : s'il fit siennes les théories de ses illustres prédécesseurs, il sut les exposer avec une précision remarquable et les augmenta de sa propre expérience.

La thérapeutique de Galien est très variée, mais souvent incertaine. Contre l'odontalgie, il vante surtout les bains de vapeur et les préparations de jusquiame. Si la douleur persiste, on perfore le dent avec un petit trépan et, dans l'orifice qu'on vient de faire, on introduit au moyen d'une sonde les remèdes appropriés. Pour enlever une dent, on àpplique sur celle-ci de la poudre de pyrèthre ou du fort vinaigre, après avoir au préalable garanti les autres dents contre l'action du caustique en les couvrant de cire. Au bout d'une heure, la dent est tellement mobile qu'on peut l'extraire facilement avec des pinces ou même avec les doigts. Contre la fétidité de l'haleine, il préconise l'ellébore noir ou le gingembre. Pour faciliter la dentition, il recommande un collutoire au lait de chienne et à la cervelle de lièvre, ou bien de suspendre au cou de l'enfant la corne desséchée d'un vieux colimaçon. Enfin il a laissé un grand nombre de formules de préparations dentifrices.

Les médecins qui vinrent ensuite, Oribase (325-400 ap. J.-C.), Aétius (517-565 ap. J.-C.), Alexandre de Tralles (525-605 après J.-C.) ont fait à Galien des emprunts plus ou moins larges.

Paul d'Egine, qui étudia la médecine à Alexandrie peu avant la destruction de cette ville par les Arabes en 640, mit à profit

Hippocrate et Galien, mais s'écarta souvent de ses modèles, pour substituer à leur doctrine les résultats de ses propres travaux. Il établit notamment la différence qui existe entre l'épulis, tuméfaction de la gencive et la parulie, abcès de la gencive. Pour enlever l'épulis, on la saisit avec des crochets et des pinces et on la coupe avec le bistouri. Quant à l'abcès de la gencive, on le cerne avec l'instrument tranchant, quoiqu'une simple incision suffise quelquefois à amener la guérison. C'est Paul d'Egine qui ferme l'ère de la médecine grecque classique.

M. Soulé fait remarquer que la plupart des médecins qui viennent d'être passés en revue ne font pas mention de la prothèse dentaire. Cependant les Grecs la connaissaient. C'est ainsi que Tischbein, peintre d'histoire allemand, parle dans un de ses ouvrages d'une trouvaille faite dans un tombeau grec de date très ancienne : il s'agit d'une pièce prothétique composée de 7 dents réunies par un fil d'or. D'autre part, M. Deneffe donne la description d'un appareil trouvé dans un tombeau à Tanagra. Cette pièce dentaire est constituée par une bandelette d'un or très pur, très malléable et qui se replie sur elle-même pour former un anneau elliptique. Elle devait fixer deux incisives vacillantes médianes, en les serrant entre ses deux lamelles qui prenaient leur point d'appui sur les deux incisives externes bien fermes. Enfin, M. Gaillardot a trouvé, en 1861, dans une nécropole de Saïda, ville de Syrie, une portion de mâchoire supérieure de femme présentant les deux canines et les quatre incisives réunies par un fil d'or.

Chez les Romains, les dents ont également fixé de tout temps l'attention. C'est ainsi que la loi des Douze Tables, qui fut rédigée en 451 avant notre ère, fournit à ce sujet le document le plus ancien. La table X, par exemple, article XV, défend d'enfouir de l'or avec un cadavre ; mais si les dents du mort sont attachées avec de l'or, on pourra l'ensevelir ou le brûler sans le lui ôter.

C'est Celse (Celsus, Cornelius, Aulus), surnommé l'Hippocrate latin, qui donne les renseignements les plus précis sur la pratique de l'art dentaire à Rome. La vie de Celse est entourée d'obscurités ; on ne peut préciser ni le lieu de sa naissance ni l'époque où il vécut. On croit communément qu'il résida à Rome dans la première moitié du siècle d'Auguste. Plusieurs chapitres de son principal ouvrage (*De re medica*) sont uniquement consacrés à la thérapeutique dentaire.

Quand les dents sont devenues mobiles, soit parce que leurs racines sont mauvaises, soit à cause de l'inflammation des gencives, Celse recommande de toucher légèrement les gencives avec un fer ardent, mais sans le laisser appuyer dessus. On oint ensuite la blessure avec du miel. « Si la dent cause de la douleur, et si l'on

juge à propos de la tirer, parce que les médicaments n'y font rien, il faut auparavant la déchausser et l'ébranler, et continuer jusqu'à ce qu'elle saille bien, car il y a un danger extrême à arracher une dent qui est ferme dans son alvéole, et on ébranle quelquefois toute la mâchoire... Si la racine d'une dent qu'on a arrachée est restée dans l'alvéole, il faut la tirer sur-le-champ avec un davier fait exprès pour cela, que les Gercs appelle *Rhizagra.* »

Celse a aussi étudié les fractures de la mâchoire. Il parle également de la luxation de la mâchoire inférieure et indique la manière de la réduire. La réduction faite, si le malade sent de la douleur et de la tension dans les yeux et au cou, il conseille de lui tirer du bras un peu de sang.

Si, à la suite d'un coup ou d'une chute, il y a quelques dents qui sont devenues branlantes, il faut les raffermir en les attachant par le moyen d'un fil d'or avec celles qui tiennent bien.

Quant aux dents noires et couvertes de tartre, Celse recommande d'enlever ce tartre avec un instrument approprié et de frotter ensuite les dents avec un opiat composé de feuilles de roses hachées, d'un quart de noix de galles et d'autant de myrrhe.

L'ouvrage de Celse, dit M. Soulé, est certainement le meilleur résumé de ce qui a été fait en thérapeutique dentaire, depuis Hippocrate jusqu'à l'an 30 avant l'ère chrétienne.

Les instruments qu'on employait alors en chirurgie dentaire étaient au nombre de cinq : 1° le forceps ordinaire, pour l'extraction des dents, qui est devenu le davier contemporain ; 2° le rhizagre pour l'extraction des racines, transformé successivement en pinces à racines, élévateur et pied-de-biche ; 3° les volselles qui servaient à enlever les esquilles, et qui sont devenues les précelles d'aujourd'hui ; 4° le stylet ou specillum, pour l'exploration : c'est la sonde moderne ; 5° le fer ardent, pour combattre l'inflammation des gencives; c'est le cautère de nos jours.

A la fin du siècle d'Auguste, le niveau scientifique baissa sensiblement, et les médecins qui suivirent Celse reproduisirent en grande partie ses théories.

Pline l'Ancien, qui est né à Côme sous le règne de Tibère l'an 23 de l'ère chrétienne et mourut sous le règne de Titus l'an 79, fut l'historien de la médecine populaire. On lui a reproché avec raison de ne pas avoir observé par lui-même et d'avoir recueilli tous les témoignages sans le moindre contrôle.

Archigène, le plus célèbre médecin de la secte des électiques, vécut à Rome, sous Trajan. C'est lui qui eut le premier l'idée de perforer avec un trépan les dents atteintes de périostite, mais non cariées, et de pénétrer jusqu'à la chambre pulpaire.

Avec Marcellus Empiricus, qui vivait au IVe siècle de notre ère,

on retrouve cette thérapeutique grossière dont la popularité ne peut s'expliquer que par un excès d'ignorance et de crédulité. Contre le mal de dents, il conseille de mettre une sangsue dans la bouche, de la retirer, de l'écraser entre les doigts indicateurs de la main droite et de la main gauche, et de lui dire : « Sangsue, de de même que ce sang ne retournera pas dans la bouche, de même mes dents ne doivent plus être douloureuses de toute l'année. »

A Rome, on connaissait aussi l'art de fabriquer certaines pièces dentaires artificielles. Les auteurs classiques, Martial notamment, donnent à ce sujet les renseignements que l'on ne trouve pas dans les ouvrages médicaux et que confirment les trouvailles faites dans les tombeaux étrusques. C'est ainsi que près d'Orvieto, à 95 kilomètres de Rome, on a trouvé dans une nécropole une mâchoire supérieure armée d'un appareil dentaire en or qui paraît remonter à 600 ans avant J.-C. Dans d'autres tombeaux étrusques on a également trouvé des dentiers qui remontent à plusieurs siècles avant l'ère chrétienne.

« Le passé prépare l'avenir, conclut M. Soulé. Dans le domaine de la pensée, rien ne se perd, et tout effort des générations doit tendre à augmenter et à embellir l'héritage intellectuel légué par les ancêtres. Saluons donc respectueusement les grands Maîtres d'autrefois qui ont éclairé d'une si vive lueur la route du progrès. »

(*La semaine médicale*, 4 juin 1913.)

Plutôt que de souffrir des dents.

Rosario S., 36 ans, ferblantier, originaire de Messine (Sicile), s'est tiré un coup de revolver dans l'oreille droite à midi 30.

On trouva l'infortuné grièvement atteint, étendu au pied de son lit, ayant à ses côtés le revolver fatal, une arme à six coups dont une balle avait été tirée.

Motif du suicide : idées noires résultant de maux de dents ! « Si je dois me faire arracher une dent, avait dit S..., je préfère me f... bas ». Il a tenu parole.

Singulière mentalité que celle qui découvre plus d'attraits au citoyen browing qu'au pacifique davier !

NÉCROLOGIE

Raffaele Papa.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Raffaele Papa, de Naples, membre de l'A. G. S. D. F., survenue le 18 août dernier.

Nous adressons à toute sa famille l'expression de nos regrets et nos sentiments de condoléances.



Notre confrère, M. Tamisier, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre sa mère le 29 août dernier, à l'âge de 62 ans.

Nous lui adressons l'expression de toute notre sympathie en cette triste circonstance.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

La réouverture des cours pratiques vient d'avoir lieu à l'Ecole dentaire de Paris. Elle a été marquée par une recrudescence très notable du nombre des nouveaux inscrits.

On se rend compte, en effet, dans le public que, même avec le nouveau régime d'études, un jeune homme qui commence ses études à 16 ans, âge normal, peut avoir obtenu son diplôme de chirurgien-dentiste à 21 ans ; par conséquent, même avec les 3 ans de service militaire qu'il fait dans les cabinets dentaires de régiment ou de garnison, il est en état, à 24 ans, de se créer une situation, c'est-à-dire 4 ans plus tôt que s'il avait poursuivi le doctorat en médecine et avec des connaissances techniques infiniment supérieures.

Examens de validation de stage.

La session d'examens de validation de stage de juillet en province a accentué les résultats favorables que nous avons signalés précédemment pour Paris (V. *Odontologie* du 15 juillet 1913).

Sur 127 candidats qui se sont présentés en province, 103 ont été validés, soit une proportion de 81 °/₀.

Les résultats définitifs sont ainsi les suivants :

	Candidats	Validés	Proportion
Paris	108	67	62 °/o
Province	127	103	81 °/o
Total	235	170	72 °/o

Ajoutons que pour les 108 candidats de Paris la décomposition est la suivante :

	Candidats	Validés	Proportion
Ecole dentaire de Paris	38	28	74 °/o
Autres centres d'enseignement	70	39	56 °/o
TOTAL ÉGAL.	108	67	62 °/o

Ecole dentaire de Lyon.

Reconnue d'utilité publique.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE PROFESSEUR D'ANATOMIE ET POUR 2 PLACES DE DÉMONSTRATEURS DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Le 10 novembre prochain un concours sur titres aura lieu à l'Ecole dentaire de Lyon pour une place de professeur d'anatomie générale. Les candidats devront envoyer leur demande avec leurs titres avant le 7 novembre au président du Conseil d'administration de l Ecole dentaire de Lyon, 20, quai de la Guillotière.

Le 10 novembre également un concours pour deux places de démonstrateurs de dentisterie opératoire et de clinique dentaire sera ouvert au siège de l'Ecole. Ce concours comprendra :

1° Une épreuve sur titre.

2° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie dentaire pour laquelle il sera accordé trois heures.

3° Un examen de malade atteint d'une affection bucco-dentaire.

Il sera accordé une demi-heure pour l'examen du malade et une heure pour rédiger l'observation.

4° Une épreuve de dentisterie opératoire. Pour cette épreuve les candidats auront à pratiquer sur un malade une intervention d'urgence (extraction, obturation, etc.).

Les candidats devront adresser leur demande avant le 7 novembre au président du Conseil d'Administration de l'Ecole dentaire, 20, quai de la Guillotière.

Union fédérale dentaire nationale.

L'Union fédérale dentaire nationale s'est réunie le 27 septembre dernier avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après lecture de la correspondance et adoption des procès-verbaux, l'assemblée a entendu un exposé historique de son activité depuis sa fondation fait par le secrétaire général ; puis elle a approuvé le rapport du trésorier.

Finalement elle a décidé à l'unanimité de fusionner avec la Fédération dentaire nationale.

Fédération dentaire nationale.

La Fédération dentaire nationale s'est réunie également le 27 septembre avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après lecture de la correspondance et adoption des procès-verbaux, le président a fait un exposé des travaux de la Fédération depuis sa dernière réunion. L'assemblée a décidé de fusionner avec l'Union fédérale dentaire nationale, dont toutes les sociétés adhérentes font partie de la Fédération ; finalement elle a prorogé les pouvoirs du Comité exécutif jusqu'en février 1913, conformément aux statuts.

Manifestation de sympathie.

Rappelons qu'en raison de la retraite prochaine de M. L. Lemerle, une manifestation de sympathie est organisée par ses amis et une souscription est ouverte pour lui offrir un souvenir. Nous prions les confrères qui auraient l'intention d'y prendre part de faire parvenir leur versement à M. Henri Villain, 10, rue de l'Isly, secrétaire du Groupe des amis.

Société d'odontologie de Paris.

La Société d'odontologie de Paris s'est réunie le mardi 7 octobre, à 8 heures 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Après la lecture de la correspondance et du rapport annuel du secrétaire général par M. R. Lemière, il a été procédé à l'élection du bureau pour 1913-1914, qui a donné les résultats ci-après :

Président : M. Jeay.

Vice-présidents : MM. Roussel, G. Villain.

Secrétaire général : M. R. Lemière.

Secrétaire adjoint : M. Ruppe.

L'assemblée a entendu ensuite les communications suivantes :

Pont sur certaines dents vivantes avec minimum de mutilation, par M. Ruppe ;

Un cas de lymphangite génienne, par M. Roy ;

Cas compliqué d'obturation de porcelaine, par M. G. Villain.

Ces communications ont donné lieu à des discussions intéressantes.

Soins dentaires aux employés des chemins de fer.

Le Ministère des chemins de fer d'Autriche projette d'assurer le traitement dentaire gratuit des employés des voies ferrées et a créé, à titre d'essai, une clinique dentaire à Vienne. Dix chirurgiens-dentistes ont été chargés de donner, dans des circonscriptions administratives déterminées, les soins dentaires aux cheminots membres des sociétés de secours, domiciliés dans ces circoncriptions. Ce n'est qu'après que cet essai aura donné des résultats satisfaisants que le service dentaire sera assuré à tout le personnel des chemins de fer de l'Etat.

(*Neues Wiener Tagblatt*, 20 juillet 1913.)

Vol chez un dentiste.

Vêtue de noir, une épaisse voilette dissimulant ses traits, une femme élégante sonnait, le 15 septembre après-midi, à la porte d'un dentiste, rue T. à Paris. A la soubrette qui vint lui ouvrir, la visiteuse fit comprendre qu'elle venait avec l'intention de se faire extraire une molaire cariée.

La femme de chambre introduisit la cliente dans le salon d'attente et l'y laissa seule. D'un rapide coup d'œil, la dame fit l'inspection de la pièce. Là, tout près, à portée de la main, un bis-

cuit de Sèvres s'offrait, tentateur. Incontinent, il disparut dans un vaste réticule. D'autres objets d'art : bonbonnières, miniatures, médailles en or, coffrets rares voisinaient, méthodiquement rangés dans une vitrine Louis XV. Vite, ils rejoignirent le biscuit.

Et vite aussi la dame en noir disparut. Lorsque la soubrette pénétra dans le salon d'attente, elle y constata un certain désordre. Le beau secrétaire Louis XV, orgueil de son maître, béait, fracturé, presque vide.

La Sûreté, prévenue, recherche la voleuse, coutumière du fait. C'est une femme, Marie Ofrait, âgée de 30 ans, demeurant rue Française.

Service dentaire au Maroc.

Un dentiste espagnol, M. Joaquin de Luque, de Xérès, a demandé à son Gouvernement l'autorisation d'être attaché au corps d'occupation du Maroc pour donner gratuitement ses soins aux militaires.

(Diario de Jerez.)

Services dentaires publics en Angleterre.

Dans sa dernière assemblée générale tenue à Cambridge en août dernier (la 32e), l'Association dentaire britannique, sur la proposition de M. R. Lindsay, d'Edimbourg, a adopté la motion suivante :

« L'Association approuve le projet de services dentaires publics qui lui a été soumis et charge son Conseil de prendre les mesures nécessaires pour le présenter à la profession en vue de le mettre en pratique. »

(Morning Post, 3 août.)

33e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1913 Vol. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION DE L'ESPAGNE A LA DÉONTOLOGIE PROFESSIONNELLE

Par le prof. Louis SUBIRANA, de l'Université de Madrid.

A la dernière réunion de la F. D. I., qui a eu lieu à La Haye et à la suite d'un remarquable article de M. Rosenthal, de Bruxelles, une séance fut consacrée en grande partie à traiter de la moralité professionnelle, et comme il ne nous était pas permis de nous exprimer en langue espagnole, nous n'avons pas pu exposer tout ce que nous aurions voulu à propos de ce que l'Espagne a fait sur un point si essentiel pour la vie d'une profession. Je profiterai donc de l'universalité de « *L'Odontologie* » pour en dire quelque chose, car peut-être cela pourra servir à d'autres pays.

Lorsque, il y a vingt ans, commença en Espagne l'organisation des relations professionnelles du pays, et que parurent des journaux, que furent fondées des sociétés, et qu'on organisa des congrès comme dans les autres pays, l'exercice de la profession n'était pas réglée et la réclame que faisait celle-ci était éhontée, car on n'avait pas compté jusqu'à ce jour sur une autorité morale supérieure chargée de surveiller et de propager les bonnes mœurs dans la pratique et la vie publique d'une profession sérieuse. A ce propos, les organisateurs de ce mouvement professionnel, désireux de rehausser notre prestige devant le public, ont cru que c'était une des questions primordiales lorsque fut fondée la « *Sociedad Odontologica* » dont la principale maxime était la diffusion scientifique, et l'établissement au

même temps d'un code de déontologie professionnelle qui, tout en faisant comprendre les traits d'union qui doivent exister, la considération et le respect mutuel qu'il faut garder, indiquerait aussi les règles capables de fixer une limite à la réclame effrénée dont quelques dentistes faisaient usage en ce temps-là.

Dans ce but, la « *Sociedad Odontologica* », après avoir laborieusement discuté les articles et la rédaction de ce code, le publia dans les journaux professionnels, l'adopta, obligeant tous ses membres à le respecter et à se soumettre à ses prescriptions. De plus, la Société désigna dans son sein une « Commission d'affaires professionnelles », chargée, en outre d'autres questions, de surveiller et de résoudre individuellement et directement tout ce qui avait trait à l'exercice illégal et au côté moral de la profession.

Ces mesures furent si efficaces que nous pouvons déclarer, dépourvu de tout orgueil patriotique, qu'aujourd'hui notre pays est le plus austère du monde en ce qui concerne les annonces et l'attribution de faux diplômes. Beaucoup de titres de *Docteur*, qui ornaient les fenêtres, ont disparu, ainsi que l'immense majorité des annonces qui offraient des avantages et des occasions qui n'étaient autre chose qu'un appât pour attirer les clients d'une façon peu décente : en un mot, un état de choses qui, par son extravagance, était hautement préjudiciable au prestige dont nous ne jouissions pas vingt ans auparavant fut absolument modifié. Rappelons à ce propos, comme un cas remarquable, celui d'un professeur d'une Ecole d'odontologie espagnole à qui l'on a fait savoir qu'une enseigne apposée sur son portail et où il s'annonçait comme tel, était en contradiction avec la règle édictée par la Société et qu'il devait la retirer s'il avait le désir de continuer à rester membre de la Société.

En vue des excellents résultats donnés par son Code, la Société, comprenant que ce n'était pas assez, car il existait quelques centaines de dentistes qui n'appartenaient pas à la Société et pour lesquels le code n'avait pas d'effet, présenta ce code aux Congrès dans le but d'empêcher l'admis-

sion comme membres de tous les praticiens qui n'acceptaient pas ses prescriptions, ce qui augmenta considérablement le nombre des adhérents aux règles adoptées.

Mais ce n'est pas tout. La profession était décidée à extirper de son sein tous ceux qui violaient les lois du royaume, et, ne se contentant pas des restrictions contenues dans le Code de la Société et des Congrès, qui étaient encore insuffisantes, elle fit appel à d'autres moyens. A Barcelone, ville populeuse et industrielle, tient son siège la Société la plus ancienne d'Espagne, celle qui peut prendre de nombreuses initiatives, le « Circulo odontologico de Cataluna », mais cette ville est affligée plus qu'aucune autre par le fléau de ces professionnels qui, obsédés par le désir d'amasser de l'argent, ne reculent devant aucun procédé pour attirer des clientes dans leur cabinet ; c'est alors que cette société nous fit le grand honneur de nous prier, en raison de notre résidence à Madrid, d'être son mandataire auprès du ministre de l'Intérieur dans le but de lui faire édicter une loi créant un corps de sous-inspecteurs dentistes, qui existaient il y a plus de trente ans, pour compléter, au moyen d'une réglementation d'Etat, plus rigide qu'aucune autre, car elle s'appuie sur la force matérielle et légale, la tâche que nous ne pouvions pas assumer à nous seuls au profit du prestige professionnel et du salut public. Le ministre, convaincu des progrès extraordinaires que dans leur instruction professionnelle et leur niveau moral, les dentistes avaient réalisé en Espagne et, reconnaissant que l'inspection directe des dentistes par eux-mêmes serait bien plus parfaite que celle exercée par des médecins à qui elle était antérieurement confiée, édicta, le 3 septembre 1913, l'ordonnance royale ci-après. Il y a lieu d'espérer que cette disposition jointe à l'influence du Code établi par les Sociétés, finira par faire disparaître les nombreux intrus qui restent encore en Espagne et qui, par leur conduite, nuisent extraordinairement aux intérêts de la collectivité.

Ministère de l'Intérieur.

Ordonnance royale.

« Le président et le secrétaire du Comité directeur du « Cir-
» culo odontologico de Cataluna », représentant ladite Société et
» l'immense majorité des odontologistes espagnols, demandent
» la mise en vigueur de l'ordonnance royale du 26 mai 1876
» en vertu de laquelle furent nommés des sous-inspecteurs den-
» tistes, par l'abrogation de la circulaire du 16 décembre 1881
» qui les supprima.

» Ils appuient leur demande sur l'importance que l'odontolo-
» gie a acquise comme le prouve la réglementation actuelle de
» son enseignement à la Faculté de médecine de l'Université
» centrale, et sur la nécessité de compter sur une intervention di-
» recte pour poursuivre l'exercice illégal.

» En effet, l'odontologie, qui, en raison des progrès qu'elle a
» réalisés, est une très importante branche de la médecine, cons-
» titue, de par la loi, une profession autonome, possédant un plan
» déterminé d'études et un titre spécial, faits qui n'existaient
» pas lorsque la loi sanitaire d'abord et l'Instruction générale
» sanitaire ensuite, chargèrent les subdélégués de médecine de
» la surveillance en exécution, et l'odontologiste a aujourd'hui
» un caractère scientifique tout à fait différent des dentistes dont
» les connaissances professionnelles étaient la plupart du temps
» le résultat exclusif de la pratique et de l'empirisme.

» Actuellement l'odontologie suit des procédés et emploie des
» médicaments qui ne peuvent être manipulés sans une prépara-
» tion scientifique convenable, et en ce sens, la poursuite de
» l'exercice illégal de la profession dentaire a une importance
» capitale, non seulement au profit de la corporation, ce qui ne
» représenterait qu'un intérêt particulier et réduit, mais encore,
» ce qui est bien plus important, pour la sauvegarde de la
» santé publique.

» En raison de ce que l'odontologie est dans une certaine ma-
» nière et en ce qui a trait à l'exercice professionnel, indépen-
» dante de la médecine, et, comme logiquement personne ne peut
» mieux poursuivre l'exercice illégal d'une profession, avec plus
» d'intérêt, que ceux appartenant à ladite profession, il y a lieu
» d'accéder à la demande formulée par le président et le se-
» crétaire du « Circulo odontologico de Cataluna », en ce qui se
» réfère à la création de postes remplis par des individus
» ayant le titre d'odontologiste dont la mission sera de pour-
» suivre l'exercice illégal sous la dépendance des Inspecteurs

» provinciaux sanitaires qu'ils devront tenir au courant des dé-
» nonciations qu'ils formuleront et des affaires professionnelles
» dans lesquelles ils interviendront.

» En conséquence de ce qui précède,

» S. M. le roi a daigné décider :

» 1° L'ordonnance royale du 28 mai 1876 sera mise en vi-
» gueur en ce qui a trait à la création de sous-inspecteurs d'odon-
» tologie dans les capitales de province.

» 2° Dans chaque capitale, il y aura un sous-inspecteur sous
» les ordres de l'inspecteur provincial de santé, pour y pour-
» suivre l'exercice illégal de l'art dentaire.

» 3° Pour occuper ces postes, on donnera la préférence aux
» praticiens qui, en plus du titre d'odontologiste, seront en pos-
» session de celui de docteur ou licencié en médecine, mais le
» premier est indispensable.

» 4° La désignation des sous-inspecteurs sera faite sur propo-
» sition des Comités provinciaux de santé par l'inspection générale
» de santé intérieure.

» 5° Les fonctions de sous-inspecteur d'odontologie seront gra-
» tuites et compatibles avec toutes autres fonctions. »

Madrid, le 25 août 1913. (*Gaceta de Madrid* du 3 septembre 1913.)

Estimant que l'article 3 de cette ordonnance est trop restrictif et jusqu'à un certain point, manque d'équité car il élimine de ces postes des chirurgiens-dentistes, nous avons adressé au ministre une nouvelle demande, en le priant de modifier dans les termes suivants le dit article.

« Pourront occuper ces postes tous ceux qui exercent légalement la dentisterie, odontologistes, médecins-dentistes et chirurgiens-dentistes » espérant que par son équité cette disposition sera acceptée par le ministre.

Je crois que si tous les pays adoptaient les mesures prises en Espagne et suivaient son exemple, ils se verraient bientôt débarrassés de cette plaie : charlatans indignes de cultiver une profession sérieuse et respectable comme la nôtre.

SOUDURE DE TROIS MOLAIRES PAR EXOSTOSE

Par Léon Guillot, de Paris.

Les cas de soudure de deux ou plusieurs dents sont assez rares ; cependant on en trouve quelques cas cités et figurés dans la littérature professionnelle ; toutefois je n'en connais pas de cas aussi marqué que celui que j'ai eu l'occasion d'observer il y a quelque temps et dans lequel les trois grosses molaires supérieures étaient intimement soudées entre elles par une exostose cémentaire.

Il s'agissait d'un homme âgé de 37 ans, employé de la ville de Paris jouissant d'une excellente santé et qui vint me trouver pour se faire extraire la première grosse molaire supérieure droite atteinte de périostite aiguë, consécutive à une carie du 4e degré. Ce malade, tout en réclamant l'extraction de sa dent, me signala que jusqu'ici on n'avait jamais pu lui extraire les dents dont il avait souffert antérieurement et que toutes, sans exception, avaient été cassées après de grands efforts ; mais, malgré ces précédents peu encourageant, la souffrance occasionnée par la dent malade, était telle qu'il voulait absolument se débarrasser de celle-ci, coûte que coûte.

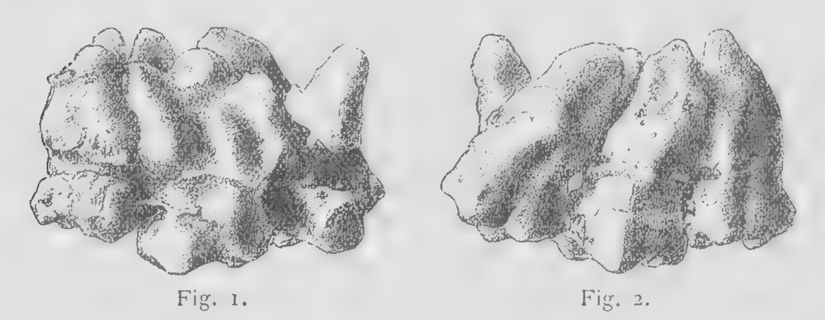


Fig. 1. Fig. 2.

Ayant examiné les dents de la région incriminée, je ne vis rien d'anormal en dehors de la carie de la première grosse molaire ; les dents étaient normales de forme et de volume, les deuxième et troisième grosses molaires étaient saines. Je procédai donc à l'extraction de la dent malade,

à l'aide du davier approprié et ne fus pas peu surpris de voir celle-ci sortir sans difficulté en entraînant avec elle la deuxième et la troisième grosse molaire qui lui étaient intimement unies. La masse formée par ces trois dents fut enlevée presque sans effort et après quelques lavages le malade put sortir et reprendre ses occupations. Je le revis durant quelques jours afin de surveiller la cicatrisation, celle-ci se poursuivit sans aucun accident et l'aspect du maxillaire est aujourd'hui absolument normal.

Comme on peut le voir sur les figures, les racines de ces trois dents qui étaient primitivement isolées sont intimement soudées par une exostose cémentaire.

Si l'on peut s'expliquer l'union de la 1re et de la 2ème molaire par suite de l'inflammation radiculaire consécutive à l'infection pulpaire de la première de ces dents, il est plus difficile d'expliquer l'union de la 2e et de la 3e molaire, ces deux étant saines sauf quelques petites caries tout à fait superficielles et par conséquent incapables de déterminer une réaction quelconque sur le cément radiculaire ; cependant ces deux dents sont soudées par l'exostose au moins aussi intimement que la 1re et la 2ème molaire.

REVUE DES REVUES

SUPPRESSION DES CROCHETS AUX APPAREILS DENTAIRES

Par LÉGER-DOREZ.

(*Communication à la Société d'Odontologie,* 1er *juillet* 1913.)

La petite pièce que je vais avoir l'avantage de vous présenter ce soir est le point de départ d'une nouvelle prothèse.

C'est une pièce d'une dent; bientôt le procédé s'appliquera à toutes les pièces amovibles, pourvu qu'il subsiste quelques dents de contention dans la bouche à traiter.

Comme vous le verrez tout à l'heure quand je ferai passer sous vos yeux un de ces appareils prêt à placer dans la bouche, c'est la bague fendue, le joyau, si j'ose dire, de nos applications de l'or coulé, qui va faire encore ici les frais de la nouveauté.

En effet, c'est sur des bagues fendues, placées sur une, deux ou trois dents du fond de la bouche, bagues scellées au ciment et complètement vissées sur les dents, que viendra s'appliquer désormais la prothèse. Les mortaises façonnées dans l'appareil prothétique viendront s'appliquer sur les tenons ou queues des bagues et une fois en place seront retenues par un verrou facilement manœuvrable par le malade lui-même, cela afin d'assurer, comme par le passé, la parfaite amovibilité et, partant, le nettoyage de l'appareil hors la bouche.

Je tenais à apporter au sein de cette Société, vieux pilier de notre profession, le point de ce travail poursuivi depuis 20 ans, et j'éprouve quelque fierté à vous l'apporter presque parfait.

Si pendant de nombreuses années nous avons conservé aux yeux des étrangers le monopole des appareils amovibles dévastateurs pendant qu'eux faisaient de grosses fortunes avec le bridge, si souvent mal appliqué, nous aurons la consolation d'avoir, en France, créé la prothèse conservatrice par excellence, puisque nos appareils ne s'accrocheront plus aux dents par des crochets.

Nos prothèses dentaires seront, à la fois, pièces et bridges et seront toujours ou pièces ou ponts amovibles donc faciles à nettoyer hors de la bouche; les dents de support, parfaitement protégées par les cuirasses d'or, seront quand même très surveillables, puisqu'il suffira de dévisser une vis pour sortir les bagues si le besoin s'en faisait sentir.

Voici comment nous réaliserons ce travail d'un nouveau genre pour une pièce d'une seule dent; les pièces plus importantes seront, du reste, traitées exactement de la même façon.

Sur l'empreinte prise au plâtre et coulée en plâtre extra-dur, séchée, stéarinée, l'antagonisme est établi. Après avoir à la loupe retouché le pourtour des dents à bagues avec le plus de soin possible, nous établissons (fig. 1) une bague fendue en or coulé qui, une fois nettoyée, les trous repercés, taraudés, etc., est fixée et vissée sur le modèle comme on le voit (fig. 2).

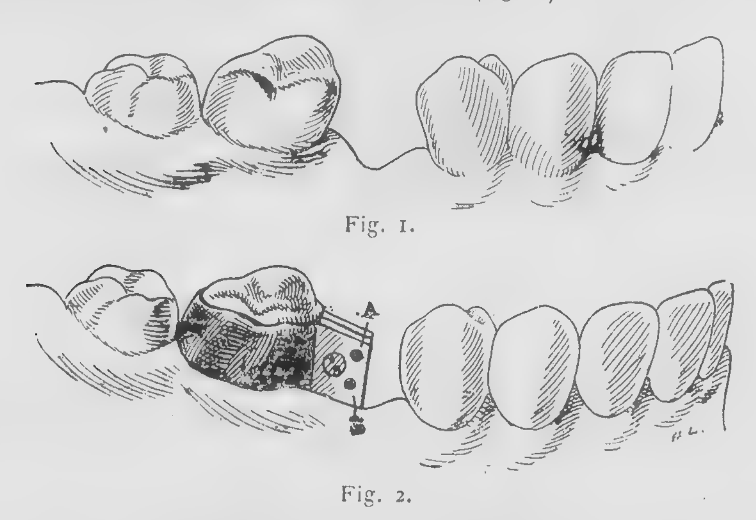


Fig. 1.

Fig. 2.

Deux tiges de platine, dont une A (fig. 3) porte une encoche dans sa longueur, sont placées dans les trous A B (fig. 2), puis réunies par une plaquette d'or B (fig. 3). Cet ensemble (fig. 3) est mis en place dans son logement A B (fig. 2).

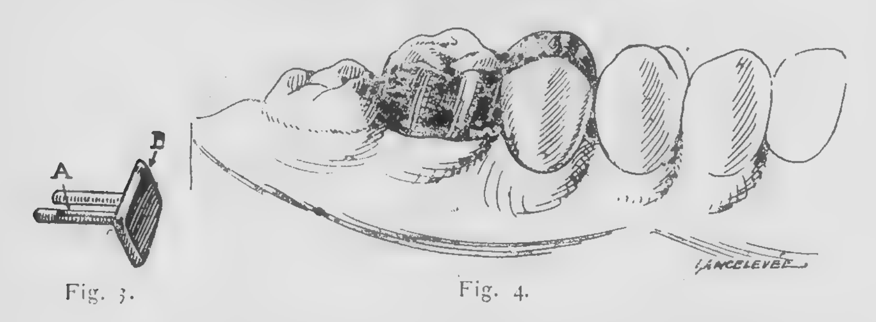


Fig. 3.

Fig. 4.

Une dent minérale plate d'Ash est ajustée, contreplaquée d'or à 22, les crampons sont coupés bien ras.

Cette dent huilée est mise en place devant les pointes de la pièce

(fig. 3); lorsqu'elle est en place en A B (fig. 2) et comme on le voit fig. 4, la dent de remplacement est modelée en cire pour la partie linguale, la partie labiale étant garnie par la face d'émail (fig. 5) contreplaquée d'or.

Si l'on tire sur la plaquette A (fig. 4 *bis*), la dent de remplacement se trouve libérée, elle est placée sur la pointe de coulée et mutée en or (fig. 7). Mais avant le travail de mise en revêtement, on aura pris soin de décoller la dent (fig. 5) qui ne doit pas être comprise dans le coulage de l'or.

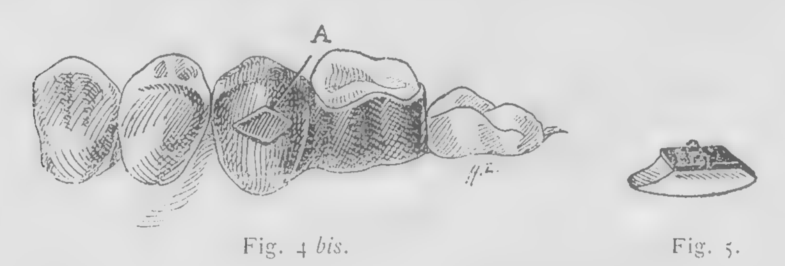


Fig. 4 *bis*. Fig. 5.

L'ensemble ajusté, la fig. 5 soudée sur la fig. 8, un trou est foré, comme on le voit en A (fig. 8). Ce trou est destiné à introduire un tenon de platine dont l'extrémité viendra remplir l'encoche ménagée dans un des deux verrous B (fig. 8), lequel tenon empêchera de sortir entièrement l'étrier verrou C (fig. 8).

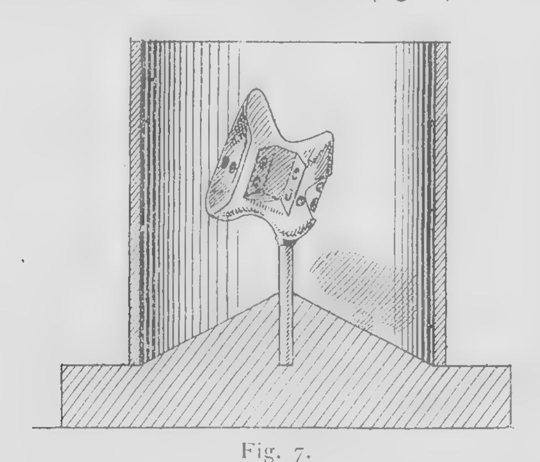


Fig. 7.

La figure 9 représente le travail au complet, verrou ouvert au moment où la dent de remplacement vient d'être désolidarisée de la fig. 2, c'est-à-dire la bague fendue.

Le placement est des plus simples : la molaire est maintenue sèche, l'intérieur de la bague (fig. 10) enduit de ciment Caulk, celle-

ci est placée sur la dent, bien en place et vissée à fond. Lorsque le ciment est durci, il n'y a plus qu'à placer la dent sur les queues des bagues et à fermer le cliquet A (fig. 4).

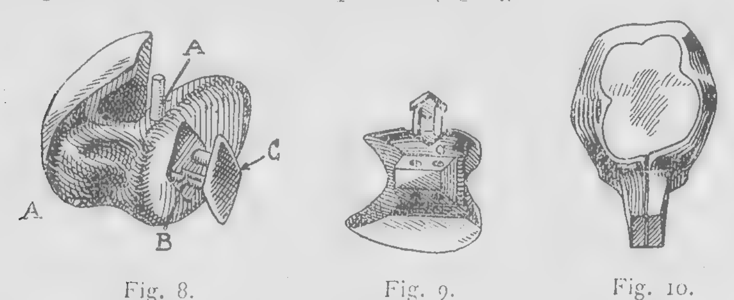


Fig. 8. Fig. 9. Fig. 10.

Ce qui se fait pour une pièce d'une dent pourra se faire pour des pièces de toute importance; seul, le choix d'élection des bagues pourra différer.

(*Le Laboratoire.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MALADIE DU PÉRIODONTE

Par J. F. Colyer, de Londres.

1° *La maladie chez l'homme.*

Avant de montrer ce qui est anormal, voyons ce qui est normal et considérons pour cela la mâchoire inférieure d'une femme de 22 ans, avec un procès alvéolaire normal. Le bord de l'os s'approche de la face buccale juste au-dessous du collet de la dent et continue d'une dent à l'autre en ligne droite, de sorte qu'un espace triangulaire défini existe entre la face proximale des dents. Dans la région des incisives l'os ne suit pas une ligne droite d'une dent à l'autre, mais remonte vers le haut, de sorte que l'espace entre les dents est notablement moindre qu'entre les prémolaires et les molaires. Le bord de l'os présente un aspect uni et la surface à peu près de même, mais elle est percée çà et là de canaux de nutrition. Entre les dents antérieures l'os semble se terminer en une épine pointue, tandis qu'entre les dents de l'arrière il a la forme d'une ligne droite. L'aspect extérieur de l'os présente une couche dense, la partie intérieure offre un aspect feuilleté. Dans le maxillaire supérieur, l'état est le même.

L'expérience montre que la maladie commence dans la région des

molaires ou autour des incisives. Quand elle commence autour des dents postérieures, la lésion initiale est une légère destruction de l'os au centre des espaces interproximaux.

A mesure que la destruction avance, les plaques externe et interne du procès alvéolaire sont atteintes, mais la perte de substance est d'ordinaire plus grande entre les dents que sur les faces buccale et palatale.

Considérons maintenant la mâchoire d'un homme de 30 ans, chez lequel la maladie est avancée. Autour des incisives l' os a presque disparu et les molaires sont découvertes près de leur apex. Il y a des espaces autour des dents, en raison de ce que l'os bordant la dent disparaît le premier. Il y a eu une ostéite raréfiante marquée. Des dépôts nodulaires de calculs s'observent sur les dents et, pour les incisives, les canines et les prémolaires, ils sont loin du bord de l'os.

Il y a résorption de l'alvéole dans la première molaire droite, et autour de la 2ᵉ molaire la destruction de l'os a présenté un caractère plus chronique et il n'y a pas de résorption. Autour des racines de la 1ʳᵉ molaire une zone claire est bien nette avec absence de la couche dense qui marque la délimitation de l'alvéole normal. L'os entourant la dent présente des signes marqués d'ostéite raréfiante. L'os bordant les racines de la 2ᵉ molaire conserve encore l'aspect dense et indique que le processus de raréfaction n'a pas encore pénétré profondément dans l'os autour de cette dent.

Un point digne de remarque est la différence d'extension de la maladie dans le maxillaire supérieur comparativement au maxillaire inférieur, surtout dans la région des molaires. La limitation de la zone de destruction de l'os dans la mâchoire inférieure offre de l'intérêt et s'explique par la différence de nature du tissu osseux dans ces deux os. Dans le maxillaire supérieur l'os est plus feuilleté que dans l'inférieur. Cette différence d'extension de la maladie dans des os de densité différente est bien mise en lumière si l'on examine les animaux inférieurs.

Dans la phase finale de la maladie les dents tombent en raison de la perte de l'os environnant. La lésion osseuse est une ostéite raréfiante progressive qui commence au bord de l'alvéole et détruit parfois l'os jusqu'à ce que la dent tombe en raison de la perte de ses ligaments.

L'expérience montre que la rapidité de la maladie varie et que certains individus présentent une réation nette du périoste osseux à la lésion par les toxines. Cela est indiqué par un épaississement de l'os alvéolaire et quelquefois par la formation de masses nodulées simulant l'exostose.

Les dents. — Les dents présentent des changements bien définis. Le tissu dur se résorbe et la membrane du périodonte s'épaissit, ce

qui indique une inflammation. L'absorption du tissu dur autour de l'apex indique la périodontite. Il ne peut y avoir périodontite sans changement pathologique dans le tissu osseux adjacent. Plus la résorption de la dent est rapide, plus l'ostéite raréfiante est étendue et plus le degré de cette ostéite est élevé, plus il y aura de danger d'infection du tissu.

Les molaires présentent souvent de grandes masses de tissu adventice dans la voûte palatine entre les racines, ce qui indique une perte étendue de tissu osseux en ces points.

L'examen de dents extraites, dans certains cas de maladie du périodonte, montre qu'avec la formation d'une poche autour de la dent des changements pathologiques commencent autour de l'apex de la dent. Du foyer septique qui entoure le collet l'absorption de toxines ou d'organismes se produit au travers du périodonte, sans doute par les vaisseaux lymphatiques. La matière absorbée est retenue dans les tissus entourant l'apex ; en d'autres termes il y a probablement une défense naturelle à cette partie de la dent pour empêcher les organismes et les toxines de pénétrer dans la circulation générale. Avec l'arrêt des toxines, etc., le tissu entourant l'apex réagit naturellement sous l'atteinte, c'est-à-dire que l'inflammation apparaît. La formation de ces foyers septiques autour de l'apex des dents n'a pas encore été admise, mais c'est un facteur important à considérer pour instituer le traitement.

2° *La maladie chez les animaux.*

La maladie du périodonte est fréquente chez les chevaux, les chats et les chiens et chez les animaux sauvages captifs. Une étude de cette maladie chez ces animaux est très instructive et jette une lumière considérable sur l'étiologie et la pathologie.

Animaux sauvages.

Examinons 4 spécimens présentant diverses phases de la maladie chez le kanguroo. Dans le maxillaire supérieur le septum entre les dents antérieures a été détruit en partie et dans la région des premières molaires l'os présente des signes d'ostéite raréfiante.

Dans un autre spécimen, à un stade plus avancé, la maladie est plus généralement distribuée, les dents du maxillaire inférieur sont plus atteintes que dans le 1er spécimen. Léger dépôt de calcul sur les dents.

Un crâne de macropus présente une phase plus avancée. L'os a été largement détruit dans le voisinage de la 3e molaire du maxillaire droit ; il offre de nombreux signes d'ostéite raréfiante, tandis que la mâchoire inférieure montre un épaississement marqué de l'os en rapport avec la 1re molaire droite.

Enfin dans la moitié gauche du crâne et de la mâchoire inférieure d'un kanguroo toutes les molaires sont tombées, à l'exception d'une dans le maxillaire supérieur et d'une dans le maxillaire inférieur. L'os qui les entoure a été fortement détruit.

Chez les carnivores on peut suivre une gradation semblable, mais la maladie tend à se répandre plus rapidement dans le maxillaire supérieur que dans le maxillaire inférieur, en raison sans doute de la densité moindre du premier. Chez les suricates le maxillaire inférieur est plus souvent atteint que le maxillaire supérieur, probablement parce que la forme et la disposition des dents du maxillaire inférieur favorisent le logement des particules alimentaires.

Chez un herbivore le procès alvéolaire a été largement détruit dans le voisinage des premières molaires. La disparition plus rapide de l'os entre les dents comparativement à celui du côté buccal est très marquée. Il y a absence d'ostéite raréfiante des plaques alvéolaires extérieures. La maladie dans le maxillaire n'a pas envahi une grande zone d'os, contrairement à ce qui a lieu chez les carnivores. Ce point est intéressant si nous considérons la densité comparative de l'os maxillaire chez les carnivores et les herbivores. Dans le premier le tissu n'est pas aussi dense et il y a une plus forte proportion d'os en feuillets comparativement aux herbivores. Le degré de densité de l'os semblerait donc indiquer une relation quant à la rapidité de propagation de la maladie.

Dans le crâne d'un daim la destruction de tissu est plus marquée dans la région des principaux agents de mastication.

Animaux domestiques.

Le chat, le chien et le cheval sont les plus sujets à la maladie.

Chats. — La maladie se rencontre fréquemment chez les chats d'appartement, dont la nourriture au lieu de se composer de viande crue, se compose d'aliments s'attachant aux dents. Les chats dont la nourriture se rapproche de l'alimentation naturelle en sont exempts. Le point de départ des troubles du périodonte est la région de la 4e prémolaire. Cette dent, en raison de sa forme, retient les aliments plus aisément que les prémolaires antérieures. Les changements dans l'os sont semblables à ceux décrits chez l'homme et les animaux sauvages.

Chez un chat normal, le bord gingival se détache graduellement de la dent et est de couleur rose. Chez un animal malade les bords gingivaux sont épaissis, profondément congestionnés et laissent sourdre du pus des espaces entourant les dents. Un sujet tout jeune, examiné, avait déjà perdu des dents par suite de la maladie.

Chiens. — Dans la race à museau court, le bouledogue par exemple, la maladie débute d'ordinaire autour des incisives du maxillaire in-

férieur, et attaque ensuite celles du maxillaire supérieur. Se rappeler que dans cette race les dents du bas sont constamment exposées et ne sont pas nettoyées par la lèvre et les aliments visqueux logent autour d'elles. Les incisives supérieures, quoique ne participant pas à la mastication, sont nettoyées par le mouvement de la lèvre supérieure et c'est sans doute pourquoi elles résistent plus longtemps que les inférieures. Un autre point d'élection pour le début de la maladie c'est la région des 2e et 3e prémolaires. Dans la race en question ces dents sont souvent obliques par rapport à la ligne de l'arcade et sont si serrées qu'elles forment d'excellents réceptacles pour les aliments.

Dans les races à museau long la maladie débute d'ordinaire dans les espaces entre les prémolaires et les molaires sur les faces palatines.

Depuis ces débuts la maladie peut être suivie dans toutes ses phases jusqu'à la perte finale des dents par destruction complète du procès alvéolaire.

Cheval. — Chez le cheval elle peut également être suivie depuis la lésion initiale jusqu'à la suppuration avancée. La maladie est très fréquente chez le cheval des villes. Le premier signe est la destruction du muco-périoste dans les espaces interproximaux et la formation d'un espace triangulaire, dans lequel on peut découvrir un grain de blé, un peu de foin ou d'autre matière. A cette phase le muco-périoste n'est que légèrement enflammé. L'espace s'agrandit graduellement et la membrane périodontique est de plus en plus atteinte, de sorte qu'il y a une grande accumulation de débris. Le muco-périoste s'épaissit, avec suppuration muco-purulente autour des dents la respiration étant très nuisible. Avec le progrès du mal les dents tendent à se séparer et les aliments se logent entre les dents, la destruction de l'os continue, les dents s'ébranlent, l'infection s'étend dans le maxillaire supérieur jusqu'au sinus, la suppuration se produit, l'infection gagne le maxillaire inférieur et amène des abcès dans l'os. La mâchoire inférieure est plus sujette à être atteinte que la supérieure et les espaces sont plus nombreux entre les prémolaires antérieures qu'entre les molaires, mais les premiers ne semblent pas provoquer les mêmes troubles que ceux formés à l'arrière de la bouche. Au maxillaire supérieur les espaces semblent plus fréquents vers l'arrière de la série. A la suite de la formation de ces espaces de dents deviennent douloureuses à la pression, et la mastication est entravée et dans bien des cas il y a une usure irrégulière des dents. Quelquefois on ne voit qu'un espace ou deux ; d'autres fois de véritables ouvertures se produisent entre toutes les dents.

Conclusions.

1° La lésion osseuse est une ostéite ranfiante progressive commençant au bord du procès alvéolaire.

2° La maladie est purement locale dans son origine et a pour cause immédiate la formation de zones de stagnation autour des dents.

3° La densité variable de l'os influe sur la rapidité de la destruction.

(*Lancet*, 19 avril 1913.)

RÉSULTAT ACTUEL DES EXPÉRIENCES FAITES AVEC LE SALVARSAN ET LE NÉO-SALVARSAN

dans le traitement des affections spirochétaires locales

Par le professeur GERBER,

(Trad. par Ch.-J. FLEISCHMANN.)

A l'époque de mes premières communications, c'est-à-dire en novembre 1910, faites à Königsberg à l'Association des Sciences médicales, sur l'action décisive du Salvarsan sur les spirochètes buccaux, je trouvai en face de moi un groupement de confrères dont les uns étaient surpris, d'autres dans le doute et enfin quelques contradicteurs. Depuis lors, les expériences dans cet ordre d'idées se sont tellement multipliées qu'il semble indiqué de résumer quelque peu nos connaissances sur la question.

Je comprends sous le nom de « spirochétoses » ce que l'on appelait auparavant des « spirilloses », nom impropre et encore employé. Depuis que des chercheurs remarquables nous ont montré la grande différence qui existe entre les spirochètes appartenant au groupe protozoaire (Mühlens) et les spirilles (bactéries V. Prowazcek), nous devons abandonner la terminologie agréable des affections fuso-spirillaires, des spirilloses, et de la spirillotropie, pour la remplacer par la classification moins commode mais plus vraie de : spirochétoses, fuso-spirochétoses et spirochétotropie.

Nous avons à envisager les affections spirochétaires généralisées et localisées. La syphilis et la fièvre récurrente sont des types du premier groupe, tandis que l'angine de Vincent et de Plaut, ainsi que la balanite, sont des types du second groupe.

Je m'autorise donc à donner aux affections appelées jusqu'à ce jour « fuso-spirilles » la dénomination de « spirochétoses », c'est-à-dire affections spirochétaires et cela, à part d'autres considéra-

tions, par le fait de l'action spécifique bien caractérisée dans ces cas, des préparations au Salvarsan.

Vincent admet, avec d'autres auteurs, que l'élément vraiment actif dans ces manifestations serait le bacille fusiforme et que les spirochètes n'agissent que comme accessoires. Mais si nous considérons que la guérison est obtenue par l'application du médicament classique, anti-spirochétaire, nous sommes bien placés pour affirmer que ces spirochètes ne sont pas de simples témoins, d'inoffensifs parasites, mais bien la condition *sine qua non* des spirochétoses.

Nous avons encore toute une série d'affections, de troubles locaux de la cavité buccale, où les spirochètes ne sont certes pas seuls incriminés, mais où ils jouent un rôle considérable en compagnie du bacille fusiforme, par exemple :

1° Les angines de Plaut et Vincent ;
2° La gingivite simple ;
3° La — mercurielle ;
4° La stomatite simple ;
5° La — mercurielle ;
6° Quelques formes de glossites ;
7° Accidents dus au scorbut (probablement certains cas de noma) ;
8° Périodontites suppurées, pulpites, pyorrhée alvéolaire (Miller, Zilz).

Les spirochètes jouent un rôle certain dans les nécroses secondaires, dans la putréfaction et dans toutes les suppurations, abcès de la cavité buccale et du pharynx, d'origine spécifique ou non, dans les manifestations tuberculeuses, lépreuses, scléromateuses, ainsi que dans la fonte purulente de certaines tumeurs (Bodin).

Je ne veux pas dire que le scorbut, ou que les stomatites mercurielles sont des maladies spirochétaires, mais j'estime, d'après mes expériences, que la formation d'abcès ou la suppuration dans ces maladies ne se présenteraient pas si les spirochètes n'étaient pas présents.

Le microscope et le Salvarsan, voilà les deux facteurs qui ont singulièrement facilité l'étude des processus qui nous intéressent, mais le Salvarsan surtout nous met dans l'agréable situation de poser un diagnostic de plus en plus précis en présence des spirochétoses. Mais ne confondons pas, nous n'avons affaire à une affection spirochétaire, dans le réel sens du mot, que lorsque, à l'examen, une préparation décèle la présence d'une très grande quantité de bacilles fusiformes et de spirochètes. La présence accidentelle de quelques rares spirochètes ne prouve, au contraire, rien de positif.

Il ne faut pas perdre de vue, lorsque l'examen ne démontre pas la présence de spirochètes, qu'il y a antagonisme entre ces derniers et les microbes formateurs du pus, ce qui explique que le tréponème de la syphilis passe parfois inaperçu, reste ignoré, lorsqu'on examine le pus d'abcès d'ordre spécifique cependant.

C'est moi qui suis l'auteur de la première observation, datant de 1910, touchant l'action du Salvarsan sur les spirochètes buccaux. Le premier cas de guérison d'une angine de Plaut-Vincent, par injection de Salvarsan revient à Ehrlich lui-même. Puis, à peu de temps de là, les observations décisives de Rumpel, qui rapporte 7 cas de guérison, dont quelques-uns très rapides et les observations de l'auteur de ces lignes suivirent les cas de Plaut et celui, très grave, décrit par Achard et Flandin qui avait résisté à tout, sauf au Salvarsan et enfin les observations de Lubliner, Sourdel et Roger.

Pour expliquer que ces premières observations se reportaient toutes à des cas d'angine de Plaut-Vincent, il ne faut pas oublier que cette affection était la seule à l'époque reconnue comme étant d'origine fuso-spirillaire.

Beaucoup de chercheurs ayant constaté qu'il y avait un rapport très évident entre certaines affections du pharynx et des amygdales, avec les accidents du côté de la gencive, ou avec les stomatites ulcéro-membraneuses, il leur vint tout naturellement à l'idée d'appliquer le Salvarsan au traitement de ces dernières. Moi-même j'eus l'occasion de constater régulièrement dans ces affections, la présence de spirochètes et de bâtonnets, et la guérison a toujours été rapidement obtenue par le Salvarsan dans le cas de stomatite ou de gingivite proprement dites, soit dans ces accidents liés à une angine de Plaut-Vincent.

Ces mêmes observations furent faites par Plaut, qui cite le cas (Hambourg) de la guérison de deux atteintes très sérieuses de stomatite ulcéro-membraneuse, par Stühmer ; stomatite, par Le Blaye et Roger ; stomatite mercurielle, Zilz ; plusieurs cas de stomatites ulcéreuses, par Roger, qui donne dans une intéressante dissertation 8 nouveaux cas de spirochétoses, guéris par le Salvarsan. Alport relate la guérison d'une glossite vieille de 12 ans. Roger, Laignel-Lavastine citent la guérison de leucoplasie d'origine non syphilitique.

Une observation des plus intéressantes nous est donnée par Gerlach (de la section Richard Hoffmann, de Dresde).

Il s'agit ici d'une otite avec manifestation ulcéro-membraneuse externe, accompagnée d'une glossite, angine et stomatite ulcéro-membraneuse. Les spirochètes typiques et les bacilles fusiformes étaient présents dans toutes les sécrétions, ainsi que dans le pus

de l'oreille. La guérison fut obtenue à la suite de deux injections intra-veineuses de Salvarsan. J'accepte parfaitement l'argument que le foyer originel de l'infection doit être ici, comme dans d'autres cas, cherché et trouvé dans le tissu gingival.

Zilz, tout particulièrement, a livré quelques travaux très intéressants touchant l'action du Salvarsan, non seulement dans les cas de gingivites-stomatites, mais aussi pour toute une série de désordres intéressant le tissu gingival.

Comme Miller à l'époque, Zilz accorde une action bien caractérisée aux spirochètes dans la formation des abcès para-dentaires et dans la pyorrhée alvéolaire.

Les dermatologistes ont admis une sorte de réactivation des spirochètes buccaux accompagnant les injections par le 606. Neisser, par exemple, sous le titre « Kuriosum », expose l'observation de douleurs dentaires violentes, après les injections. Cette observation est confirmée par E. Hoffmann et par E. Zimmern. Ce dernier les a surtout constatées chez des patients en puissance de stomatite mercurielle et donne comme explication la destruction des spirochètes buccaux et la libération de toxines, sous l'influence du 606. Nicoll a confirmé, au moins dans une observation, ma manière de voir consistant à envisager le noma comme une fuso-spirochétose. Nicoll fit donc, dans cette circonstance, deux injections, suivies, au bout de 24 heures, d'une réaction locale précise, démarcation ensuite, et guérison. Dans un deuxième cas de noma, accompagné de néphrite scarlatineuse grave, le résultat fut nul et la mort survint, et moi-même je n'eus pas plus de succès, dans un cas où le diagnostic probable indiquait du noma. Je dois dire qu'à l'examen microscopique, rien n'autorisait d'affirmer qu'on se trouvait sans discussion devant un cas typique de spirochétose. Le patient, du reste, était, d'une manière générale, gravement atteint. Deux cas d'accidents scorbutiques, avec abcès des gencives et de la muqueuse buccale, chez deux matelots, furent guéris si complètement et si rapidement que j'en fus moi-même étonné. Cette observation est confirmée par celle de Tuschnisky et d'Iwaschenzown qui, dans 5 cas de scorbut, obtinrent une amélioration marquée des désordres locaux.

Ces dernières observations m'amènent à passer à une deuxième catégorie de faits que nous ne pouvons pas considérer comme de vraies « spirochétoses », parce que dans ces cas les spirochètes et les bacilles fusiformes doivent être considérés comme parasites secondaires. Mais il est connu et prouvé que ces agents sont parfaitement capables de transformer la marche de certaines affections caractérisées; ils deviennent, c'est évident, les accélérateurs de certaines manifestations objectives et de certains symptômes subjectifs.

Malheureusement beaucoup de ces observations ne sont pas appuyées sur des recherches microscopiques, mais nous resterons dans la vérité en acceptant l'idée que chaque fois que le traitement aura eu raison ou aura amélioré certains états pathologiques, comme, pemphigus, cancer de la langue, c'est que nous aurons eu affaire à des infections secondaires avec présence de spirochètes.

Wolf cite le cas de la guérison rapide d'un pemphigus qui avait débuté par la langue et la muqueuse des joues ; Stühmer relate la régression d'une manifestation chez l'homme, de ce que l'on appelle chez les animaux maladie de la corne ; Bodin, Ozerny et Caan rapportent des cas d'amélioration réelle dans le cancer de la langue.

Le Salvarsan a été appliqué régulièrement pour la guérison des scléromes, a vu que, dans les cas avancés, le médecin est pour ainsi dire impuissant. J'ai moi-même traité un cas de ce genre, mais sans résultat bien positif, quoique j'ai pu constater une amélioration passagère. La dose employée était, du reste, faible et je n'avais espéré après tout obtenir une action curative que sur les produits d'élimination.

Les expériences de Naag, Feins et Lieks, sont aussi en partie négatives, ainsi que celles de Wieser. Ce dernier, justement, me confirme dans ma manière de voir : dans trois cas son traitement reste sans effet sur les infiltrations. Dans un seul cas il avoue avoir obtenu une transformation heureuse dans les ulcérations. Dans un autre cas, une amélioration dans le sens subjectif. Par contre, notons le résultat surprenant obtenu par Canepele et une guérison totale par Holscher. Mais là encore, il faut regretter l'absence d'investigations microscopiques.

Pour terminer, disons quelques mots sur la technique à suivre dans l'application du Salvarsan et du Néo-Salvarsan en présence de spirochétoses locales. Au début Rumpel, Plaut, l'auteur de ces lignes et d'autres eurent recours aux injections intra-veineuses. D'après les dernières observations, il est reconnu que pour les manifestations simples, n'ayant pas un caractère grave, on peut se reposer sur la seule application locale du produit (Zilz, Le Blaye, Achard, Roger, Mathies). Le mode d'emploi peut s'effectuer soit sous forme pulvérulente, soit sous forme de solution à 5 ou 10 °/o dans de l'eau ou dans de la glycérine. Sourdel recommande de porter le Salvarsan ou le Néo-Salvarsan, sur les parties ulcérées, à l'aide d'un tampon de coton imbibé de glycérine, l'intervention doit être précise, énergique et il faut laisser agir le produit 10 à 15 minutes (Roger). Nous aussi, nous avons obtenu, dans 8 cas, la guérison de spirochétoses locales, à l'aide du simple

traitement local. La technique des injections peut être réservée pour les cas graves, à retentissement organique généralisé.

Nous avons donc dans le Salvarsan et le Néo-Salvarsan un remède spécifique, très actif, dont l'action est formelle sur les spirochétoses, et, comme spécialistes pour les maladies de la gorge, nous avons le devoir d'affirmer notre reconnaissance au praticien si distingué qui nous a mis en possession de ce produit.

Après l'exposé si intéressant du docteur Gerber, il sera peut-être permis au traducteur d'apporter, lui aussi, sa modeste contribution à la série des observations qui démontrent si utilement l'action si bienfaisante du Salvarsan, en application locale. Parmi la douzaine de cas où j'ai appliqué le produit, soit dans le traitement de pyorrhée généralisée, de stomatite partielle ulcéreuse ou de foyers suppurants dépendant d'ancidents dus à des dents de sagesse, ou encore de fistules dentaires rebelles, je ne veux rappeler que deux observations où la guérison rapide et complète doit être sans conteste attribuée au Salvarsan :

1° Mme V., 30 ans, se présente à mon cabinet, réclamant différents soins. Je constate un état pyorrhéique général, assez avancé, congestion généralisée de la muqueuse gingivale et des accidents pyorrhéiques alors, graves, localisés au niveau de grosses molaires et de prémolaires gauches inférieures, de même au niveau des deux incisives centrales inférieures. Au niveau des points en question la gencive est bourgeonnante, décollée, la suppuration est des plus actives, les dents sont fortement ébranlées, la destruction du processus alvéolaire est déjà assez avancée, la malade se plaint dans différentes directions : chatouillement général de la muqueuse, douleurs plus précises au niveau des dents les plus fortement atteintes, mastication parfois impossible. La patiente m'ayant été adressée par un confrère un peu sceptique sur les résultats que l'on peut obtenir dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire, surtout à un état avancé, j'entrepris le traitement selon mon mode préféré. Les dents furent en plusieurs séances débarrassées très soigneusement de toute trace de dépôts tartriques ou séreux, les alvéoles, les poches sous-gingivales furent d'abord lavées au lysol, puis consciencieusement cautérisées avec de l'acide lactique pur ; je conseillai à la malade quelques semaines de régime spécial et j'escomptais de cette intervention le résultat satisfaisant habituel. Après quelques semaines, la malade vint me retrouver, elle admettait bien avoir constaté une amélioration générale, mais les accidents locaux, au niveau des molaires inférieures et des incisives, avaient peut-être empiré, car je constatai au niveau des molaires la présence d'abcès sous-gingivaux, la gencive était

ulcérée, les dents plus branlantes et plus douloureuses que jamais. L'état des incisives était également très précaire.

Je fis alors une première application locale de « Salvarsan » à 10 °/₀ dans de la glycérine (sous cette forme le produit peut être conservé quelques jours). Toutes les poches purulentes, tous les clapiers pyorrhéiques furent consciencieusement badigeonnés du produit à l'aide d'une mèche de coton enroulée sur un tire-nerf. Je me sers également pour cette intervention d'un fouloir mince en tantale. Au bout de quatre à cinq jours, amélioration notable. Je procédai à un second badigeonnage et, à une semaine de là, je constatai un revirement complet, plus trace de suppuration, les abcès sous-gingivaux avaient disparu, bref, transformation radicale dans l'aspect général de la muqueuse. La malade, du reste, accusait avec satisfaction un bien-être général, raffermissement de la gencive et des dents, absence totale de douleurs, tout un faisceau de phénomènes réconfortants, auxquels elle n'était pas accoutumée et un nouvel examen, à deux mois de là, ne fit que confirmer cette observation.

2e Observation : *Stomatite ulcéreuse* s'étendant de la dent de sagesse droite inférieure jusqu'au niveau de la canine et de la prémolaire gauche à la deuxième molaire gauche inférieure, chez un homme de 32 ans.

Dans ce cas particulier, les manifestations inflammatoires et douloureuses étaient surtout bruyantes du côté droit, parce que la dent de sagesse, incomplètement évoluée, était encore en partie encapuchonnée dans un chapeau de gencive. Léger trismus. Après avoir débridé, au thermo-cautère, le capuchon gingival de la dent de sagesse, lavage au lysol et badigeonnage général à la teinture d'iode, je fis, le lendemain, une première application de « Salvarsan » suivie d'une seconde à quatre ou cinq jours d'intervalle. Après la deuxième application, une amélioration accentuée de l'état général était indiscutable et une dernière application fit tout rentrer dans l'ordre, la muqueuse avait repris un aspect des plus satisfaisants et les clapiers purulents, très importants au niveau de la dent de sagesse droite inférieure et de la première grosse molaire gauche inférieure, avaient totalement disparus.

Il faut noter que le traitement local par le Salvarsan doit, pour donner les excellents résultats indéniables que nous venons de lire, être effectué d'une manière précise, comme suit :

Mettre la région à traiter à l'abri de la salive, badigeonner consciencieusement avec le mélange glycérine et Salvarsan à 10 °/₀, laisser agir 5 à 10 minutes et renouveler l'intervention à deux ou trois reprises s'il le faut, à quelques jours d'intervalle.

(*Province Dentaire,* 15 juin 1913.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

(Séance du 7 octobre 1913.)

Rapport du Secrétaire général,

Par M. Raymond Lemière.

Messieurs,

Je dois, suivant l'usage, faire avec vous ce soir la revue analytique des travaux de l'année. Groupées par catégories, les 40 communications produites forment un recueil où presque toutes les branches de notre art sont représentées.

Cette année toutefois, ce sont les sujets de dentisterie opératoire qui ont été le plus souvent traités : la question de la pyorrhée alvéolaire en particulier. M. Mendel Joseph en étudie l'histo-pathologie. Ce travail a paru dans le numéro de juillet de *L'Odontologie.* A notre grand regret M. Mendel Joseph n'a pu nous en faire part à la séance de juillet. Comme vous l'avez vu, son étude de l'histo-pathologie du ligament et de la zone médullaire, illustrée de coupes très nombreuses, offre des vues nouvelles sur la pathogénie de cette affection. Nous espérons que M. Mendel Joseph ne nous tiendra pas rigueur de n'avoir pu donner en juillet à son travail la place qui lui était due et qu'il continuera à nous apporter le fruit de ses laborieuses recherches comme par le passé. Au cours de l'année ne nous a-t-il pas donné trois autres communications très applaudies : *rôle du ligament alvéolo-dentaire dans la bio et la nécro-plantation avec projections micrographiques. Pathologie comparée de la pyorrhée. Desquamation buccale profuse simulant la pyorrhée.* M. Mendel Joseph est une vraie providence pour les secrétaires généraux des sociétés qui ont l'honneur de le compter parmi leurs membres ; qu'il reçoive ici la gratitude bien méritée de tous ses confrères.

M. Choquet, étudiant la thérapeutique de la pyorrhée, nous indique un agent nouveau, l'hydroxydase.

L'hydroxydase est une eau minérale naturelle qui semble agir comme oxydant dans l'organisme et est indiquée dans toutes les intoxications. M. Choquet a eu d'idée de l'employer dans le traitement de la pyorrhée. Administrée localement et en boisson, elle lui a donné d'excellents résultats.

MM. André et Dreyfus, considérant la pyorrhée alvéolaire dans

leurs rapports avec l'état général, nous ont signalé les dangers de l'ingestion du pus pyorrhéique. Pour M. André la pyorrhée pourrait déterminer certaines formes de diabète ; il possède de nombreuses observations démonstratives de ce fait. M. Dreyfus a pris prétexte d'une observation de gastrite septique très certainement liée à de la suppuration pyorrhéique pour étudier en détail la pathogénie des diverses affections générales ayant leur point de départ dans la bouche. Sa communication a attiré l'attention de tous sur l'importance du rôle préventif de nos interventions, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un foyer septique de la cavité buccale.

Je n'ai pas encore terminé avec le chapitre pyorrhée ; M. le professeur Warnekros, de Berlin, est venu également nous en entretenir. Dans cette conférence, il aborda divers sujets sur lesquels nous reviendrons. M. le prof. Warnekros nous a montré une radiographie d'une dent atteinte de pyorrhée, avant et après un traitement par des lavages faits avec une solution radifère. D'après cette radiographie et d'après les affirmations de M. Warnekros, cette méthode serait excellente. M. Léger-Dorez, qui l'an dernier déjà nous avait fait une communication sur ce même sujet, critique vivement les procédés et les appareils de M. Warnekros, qu'il déclare impropres à produire l'émanation. M. Jaboin, qui s'est spécialisé dans la radiothérapie, partage les avis de M. Léger-Dorez et nous fait en même temps une conférence sur le Radium.

M. Léger-Dorez a construit une fontaine et continue ses recherches ; nous-même expérimentons ses diverses méthodes.

Vous voyez que cette question de la pyorrhée a pris dans notre Société une place importante et en cela nous fûmes bien avisés car à l'étranger on s'en est occupé également. Dans le dernier numéro du *Cosmos*, Kirk, de Philadelphie, vient de publier un article, où il attire l'attention des chercheurs sur les éléments glandulaires, qu'il considère comme les points de moindre résistance, et qui seraient par conséquent les premiers atteints.

Enfin, pour clore cette longue nomenclature des travaux de dentisterie, je vous rappelle la démonstration pratique de M. Darcissac où il nous montre la façon d'assurer le curettage parfait des cavités. Une solution iodo-iodurée colore les moindres traces de dentine cariée, et en permet l'enlèvement, M. Blum, de Besançon, nous présente des élargisseurs à canaux très fins et assez résistants. Enfin M. Huet, de Bruxelles, le bibliophile bien connu, en juillet dernier, nous donne le moyen pratique de transformer nos tours électriques en moteurs ultra rapides de 6000 à 7000 tours par minute. L'échauffement de la dentine et la douleur sont moindres, la durée de l'opération diminuée. Ces moteurs sont peu coûteux et présen-

tent de tels avantages qu'ils vont certainement se répandre dans le monde dentaire. Nous devons en féliciter M. Huet, qui en eut l'heureuse idée.

Pathologie buccale et histologie.

MM. Gernez, Roy et Mendel Joseph nous apportent d'intéressants travaux. M. Gernez nous exposa un procédé opératoire nouveau pour la réduction des ankyloses temporo-maxillaires. Ce procédé, découvert à la suite de recherches anatomiques longues et minutieuses, rend cette opération plus rapide et sans danger. Il montre aussi la grande conscience et les hautes aptitudes chirurgicales de leur auteur. Nous ne saurions trop le féliciter de ces heureux résultats.

M. Roy nous a présenté un malade atteint de fracture du condyle, qu'il sut traiter par des moyens de contention fort simple : une bande de caoutchouc, 5 jours après la réduction, il fit de la mobilisation pour éviter l'ankylose et obtint rapidement la guérison complète comme vous l'avez pu voir.

M. Mendel Joseph nous apporte l'observation d'une affection très rare, dont le diagnostic ne put être fait que par un examen microscopique : il s'agissait d'une desquamation buccale profuse, qui par son abondance pouvait en imposer et simuler la suppuration.

MM. Frey et Dumont firent également au cours de recherches histologiques une découverte assez rare : une apex de canine multicanale dont ils nous projetèrent la photo-micrographie en couleur.

Prothèse.

En prothèse, le nouveau régime de l'or coulé semble s'imposer ; signalons cependant une légère réaction, un intéressant rappel du passé : la presse à tampons de caoutchouc de M. Rose, qui d'ailleurs comporte de multiples applications toujours utiles. M. Léger-Dorez, le distingué spécialiste de l'or coulé, nous montre de nombreuses adaptations de son procédé de bagues fendues. Il préconise la fixation des appareils prothétiques sur les dents munies de bagues fendues, mettant ainsi les points d'appui à l'abri de l'usure et de la carie. Il nous recommande également une nouvelle technique pour la protection du bord cervical des inlays, qui ne reçoit pas l'approbation de MM. Ferrand et Amoëdo. Discussion du 3 juillet. Chacun couche sur ses positions.

Enfin M. Zimmermann, retour d'Amérique, nous apporte le résumé de son article sur les bridges amovibles paru dans *le Laboratoire*. Après le cours de Peeso et le livre de Roussel, c'est un des

rares articles qui entrent dans le détail de la fabrication des bridges amovibles.

Rappelons aussi toute la partie de la conférence du prof. Warnekros consacrée à la prothèse. L'emploi dans les dentiers complets de plans inclinés postérieurs exagérant la courbe de Spee semble donner des résultats très efficaces, à en juger par la séance de mastication au menu très varié, à laquelle vous vous souvenez avoir assisté.

La parfaite restauration nasale présentée par l'éminent professeur et exécutée par le prof. Helbing, de Vienne, a certainement retenu votre attention. Cette matière plastique élastique, d'une préparation et d'une adaptation facile, laisse bien loin derrière elle tous les anciens procédés si compliqués, empruntés à la céramique et à la vulcanisation.

Enfin une prothèse du maxillaire supérieur très ingénieuse de M. Ruppe complète cette série. Cet appareil composé de deux parties, une maxillaire et l'autre buccale, réunies par des pivots et des pièces de caoutchouc, convient particulièrement dans le cas d'atrésie buccale et atténue les pressions sur le fond de la plaie pendant la mastication.

Orthodontie.

Toujours avec M. Ruppe (qui a produit cette année un grand nombre de travaux intéressants ce dont nous le félicitons bien vivement), nous entrons dans le domaine de l'orthodontie. Il nous présente un gnathomètre « construit, dit-il, dans le but de représenter graphiquement la situation des dents et leurs rapports avec les maxillaires, la face et la base du crâne, afin d'en tirer des moyens précis pour établir un diagnostic à l'usage de l'orthodontie. Je n'ajouterai rien à cette définition si claire, si ce n'est que l'appareil répond exactement à ce qui nous est annoncé et que M. Ruppe nous a promis; de nous apporter de nombreuses mensurations prises avec cet appareil ».

Nous commençons à éprouver les heureux effets de l'unification du langage orthodontique. Vous vous souvenez que, l'an dernier, les écoles de Bicêtre et de la Tour d'Auvergne se mirent d'accord pour élaborer, dans une commission qui travailla, une terminologie unique. Dans les communications de M. Ruppe nous en voyons une des premières applications.

Dans une autre communication enfin il nous présente un ingénieux dispositif régularisant d'emblée plusieurs rotations de l'axe.

Avec une sincérité parfaite et un réel désir d'être utile aux débutants, M. Gallarvardin, de Lyon, nous montre par l'exposé de dix

cas d'orthodontie les difficultés et aussi les succès qui viennent tour à tour retarder ou encourager nos premiers travaux en orthodontie. Son livre, richement édité, est destiné au plus légitime succès. Nous lui adressons nos plus sincères compliments.

Messieurs, comme moi vous serez surpris de ne pas voir figurer plus souvent à l'article orthodontie les noms de MM. Georges et Henri Villain ; avec la haute compétence qu'ils possèdent en cette matière, nous attendions d'eux autre chose que la présentation, très complète et très intéressante, il est vrai, de modèles et de photographies qu'ils nous firent à l'hôtel Continental. Je dois dire à leur décharge qu'ils m'ont annoncé pour cette année de nombreux travaux, et vous connaissez leur dévouement à toutes nos œuvres professionnelles au stage et aux cliniques d'orthodontie. Ces cliniques fonctionnent d'ailleurs admirablement et nous avons pu voir cette année des cas traités à la clinique et sortant vraiment de la pratique courante et capables d'intéresser les sociétés savantes, témoin le cas présenté par M. Wallis-Davy où aux difficultés habituelles de la réduction d'un prognathisme s'ajoutait une complication résultant de la présence d'une anomalie de forme très marquée.

Hygiène.

Si l'on parcourt les comptes rendus des congrès et des réunions professionnels des pays voisins, on voit que l'hygiène buccale est en ce moment la question à l'ordre du jour. Les comités nationaux de la F. D. I. font dans tous les pays de louables efforts ; nous espérons que pendant le cours de cette année, ces questions d'actualité figureront à notre programme. Déjà l'an passé MM. Roussel, Legrand, Ferrand et André, ont traité des sujets d'hygiène. M. Roussel étudia la carie chez la femme enceinte en insistant surtout sur le rôle préventif de la thérapeutique.

M. Ferrand présenta un nouveau modèle de brosse à dents.

M. Legrand nous montra les résultats qu'il a obtenus en hygiène dentaire à l'hôpital du Belvédère, de Tunis, malgré les difficultés suscitées par l'administration militaire.

Enfin M. André traita une question se rattachant directement à l'hygiène, le savon, agent de thérapeutique et d'hygiène.

Questions de législations professionnelles.

Nous avons eu, par ailleurs, des nouvelles de Tunis. Vous n'avez pas oublié les intéressants comptes rendus avec projections de MM. Audy, Zimmermann et Vanel relatifs au Congrès de Tunis. M. Roy, d'autre part, nous rapporta les principales attractions du Congrès de Stockholm, où j'ai eu le plaisir de l'accompagner.

Bien que scientifique par son esprit et ses statuts, la Société d'odontologie de Paris s'est occupée cette année d'une question de législation professionnelle. Sur l'initiative d'un de ses membres, M. Daunis, le bureau a été chargé de protester contre une circulaire du Procureur de la République Lescouvé relative à la vente de l'opium et de la cocaïne. Les dentistes n'étaient pas compris parmi les personnes autorisées à s'en procurer. Par la voie de la Fédération dentaire nationale et par l'organe de Me Ducuing, notre avocat, nous avons fait entendre des protestations qui ont eu pour effet la modification de la circulaire dans un sens favorable aux dentistes.

M. Ducuing vint ici même refaire l'historique de la question et nous exposer le résultat de ses démarches.

C'est certainement grâce à son utile intervention que nous avons pu recevoir aussi rapidement une réponse favorable. L'Académie de médecine vient d'être saisie de la question et les mêmes sociétés s'occupent en ce moment de faire respecter les droits des dentistes.

Telles ont été pendant l'année qui vient de s'écouler les diverses manifestations de notre activité. Cette activité a été d'autant plus féconde que le meilleur esprit de cordialité et de courtoisie n'a cessé de régner à nos séances sous l'aimable autorité de notre président. Malgré son éloignement, il n'a pas manqué une seule de nos séances et a montré en toute circonstance un dévouement dont nous devons lui savoir gré.

En terminant, permettez-moi de remercier aussi les autres membres du bureau, MM. Roussel et Dreyfus, vice-présidents, et M. G. André, secrétaire-adjoint, de leur précieuse collaboration.

Enfin, messieurs, je tiens personnellement à vous exprimer ma reconnaissance pour l'amabilité et la bienveillance que vous voulez bien apporter dans nos rapports administratifs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

La Fédération dentaire nationale a adressé le rapport suivant à M. le Recteur de l'Académie de Paris :

RAPPORT A M. LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

Paris, le 23 septembre 1913.

Monsieur le Recteur,

La session de l'examen de validation de stage, imposée par le décret du 11 janvier 1909 en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, est terminée.

A Paris 108 candidats se sont présentés au total ; sur ce nombre 2/3 ont été validés et 1/3 a été ajourné.

En province sur 127 candidats 4/5 ont été validés, 1/5 ajournés.

Ces résultats donnent lieu de notre part à quelques observations que nous prenons la liberté de vous soumettre.

Par comparaison avec les chiffres des deux premières sessions qui ont eu lieu l'année dernière, l'amélioration constatée semble pouvoir être attribuée à deux causes principales :

1° A la modification apportée le 20 juillet 1912, sur avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique, à la notation de chaque épreuve par des points, au lieu de la mention prévue par le décret précité, et à l'attribution du coefficient 2 à l'épreuve pratique de prothèse dentaire, épreuve qui représente véritablement le but principal de l'examen, modification que nous devons à votre bienveillante intervention et à votre diligence et dont nous ne saurions trop vous remercier.

2° A la modification que vous avez bien voulu faire apporter à la composition des jurys d'examen en y faisant enfin entrer l'élément odontologiste par l'introduction de chirurgiens-dentistes, anciens membres des corps enseignants des écoles dentaires.

Ce nouvel élément, jusqu'alors exclu des jurys d'examen, assure maintenant une compréhension technique plus exacte et une application du décret de 1909 plus équitable et plus conforme à l'esprit qui a inspiré ce décret.

Cette modification a permis aussi d'établir plus d'harmonie entre les conceptions et les efforts du personnel chargé de l'enseignement dans les écoles, les désirs des examinateurs et le travail des candidats.

Néanmoins, on doit encore adresser quelques critiques à la façon dont l'examen a été conduit.

C'est ainsi que la première question de l'épreuve de dessin donnée le 1er juin [1] sort du programme d'enseignement du stage ; elle se rapporte complètement à l'embryologie dentaire proprement dite et ne peut être apprise que *pendant la première année de scolarité*, c'est-à-dire après la *validation du stage.*

Sauf pour quelques candidats, qui possédaient par hasard des notions d'embryologie dentaire, cette épreuve a été très mauvaise et plus de la moitié des élèves de cette série ont obtenu une note inférieure à la moyenne.

Le lendemain, au contraire, la question posée rentrant bien dans le programme [2], les candidats de la 2e série ont eu de bonnes notes ; il en est résulté que de bons candidats ayant eu une mauvaise note à la question de la première série de l'épreuve de dessin n'ont pu obtenir le minimum exigé, malgré des épreuves suivantes très honorables.

Or, pour l'épreuve de dessin du 16 juin, le jury ne comprenait aucun chirurgien-dentiste.

Un autre point sur lequel nous croyons devoir appeler à nouveau avec la plus vive insistance votre attention est le suivant :

La Faculté de médecine exige avec une rigueur excessive, comme il a été donné de le constater à cette session dans quelques cas, pour que les chirurgiens-dentistes puissent faire partie des jurys, qu'ils aient cessé tout enseignement dans les écoles dentaires, mais la Faculté n'a pas les mêmes exigences à l'égard des *médecins-dentistes* et jusqu'à présent ceux d'entre eux qui ont été examinateurs font partie pour la plupart du corps enseignant de *l'Ecole de Stomatologie.*

Cette différence de traitement n'est pas équitable et il semble logique et juste que, si l'on persiste à appliquer cette mesure aux membres des corps enseignants des écoles dentaires, tous les praticiens, médecins ou chirurgiens-dentistes, désignés pour les jurys d'examen de validation de stage et les examens de scolarité soient pris parmi des professionnels ne faisant pas ou ne faisant plus d'en-

---

1. Cette première question était la suivante : Dessiner : 1° Etat de la dentition d'un enfant de 3 ans 1/2 (maxil. inf. gauche seulement) en représentant la denture temporaire supposée normale, couronnes et racines des dents. Indiquer aussi l'état et la situation des follicules des dents permanentes, tels que l'évolution les conditionne à cet âge. Dents vues par la face ; 2° Coupe horizontale de la première grosse molaire supérieure droite au collet (représenter le segment supérieur de la coupe).

2. La deuxième question était : Dessiner : 1° les trois molaires supérieures et inférieures dans leurs rapports normaux, le maxillaire étant à l'état d'occlusion deux fois grandeur nature ; 2° Dessiner la coupe horizontale de la 1e et de la 2e prémolaire supérieure droite au 1/3 supérieur deux fois grandeur naturelle. (17 juin 2e série.)

seignement dans les écoles d'odontologie ou de stomatologie, quelles qu'elles soient.

On a objecté, il est vrai, que l'Ecole de stomatologie ne reçoit que des élèves ayant un certain nombre d'inscriptions en médecine. Mais il se trouve souvent parmi eux des jeunes gens qui, pour des raisons quelconques, ne continuent pas leurs études médicales et se présentent aux examens de chirurgiens-dentistes ; dans ce cas, ces candidats se trouvent placés dans les mêmes conditions que les élèves des écoles dentaires, et c'est contrairement aux principes de la loi sur l'enseignement supérieur libre invoqués contre les professeurs des dites écoles que les professeurs de l'Ecole de stomatologie (école d'enseignement supérieur libre au même titre que ses concurrentes) peuvent devenir les examinateurs de leurs propres élèves.

Dans cet ordre d'idées, nous nous permettons d'attirer spécialement votre attention sur un point qui paraît très important : la situation particulière créée aux différents jurys par la présence constante dans toutes les épreuves et dans tous les examens d'un chef de laboratoire de prothèse à la Faculté de médecine, professeur à l'Ecole de stomatologie, qui, préparant les épreuves sans consulter les examinateurs ses collègues, s'intronise en quelque sorte comme le directeur permanent de tous les jurys, toutes les épreuves lorsqu'elles sont terminées étant sanctionnées et notées en sa présence.

Nous ajouterons qu'avec cette organisation le choix des épreuves ne se trouve pas soumis d'avance aux membres du jury, qui sont à peu près obligés d'accepter l'épreuve telle qu'elle a été choisie par le chef du laboratoire. Ne vous paraîtrait-il pas au contraire, de toute équité que tous les membres du jury fussent réunis avant l'ouverture de la session afin de décider en commun du genre et de la difficulté des diverses épreuves ?

Il y a lieu de tenir compte de l'esprit du parti qui divise les professionnels en *odontologistes* et en *stomatologistes*, c'est-à-dire en partisans et en adversaires de la législation sur l'art dentaire ; on conçoit que cette division peut à tous moments, si la direction de l'examen est confiée à un stomatologiste, avoir les plus fâcheuses conséquences pour les candidats.

Confier l'application de la législation dentaire à ceux qui, par principe et par définition en sont les pires adversaires et qui en poursuivent systématiquement la destruction est une pratique facheuse à laquelle on a dû déjà la faillite des décrets de 1893 (suivant le mot du doyen Brouardel) et qui pourrait compromettre, s'il n'y était remédié au plus tôt, l'excellente réforme due aux décrets du 11 janvier 1909.

Vous estimerez donc avec nous, monsieur le Recteur, que l'organisation et la direction des examens de validation de stage et de scolarité dentaires devraient être confiées soit à un odontologiste, c'est-à-dire à un partisan de la loi qu'il s'agit de faire exécuter, soit à un des professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine connaissant les questions d'art dentaire et se tenant en dehors des divisions professionnelles sur lesquelles nous avons déjà appelé l'attention des pouvoirs publics à différentes reprises.

Un dernier point que nous signalons à nouveau à votre attention c'est que, comme en 1912, les jurys, contrairement au décret, ont été fragmentés. Or cette fragmentation fausse le résultat final de l'examen aux dépens des candidats et nuit à son fonctionnement normal.

Nous vous signalerons également la différence de résultats des examens subis à Paris et de ceux subis en province où l'influence stomatologiste a été beaucoup moins prépondérante, ce qui vient encore à l'appui de notre thèse et montre que, si cette situation n'était pas modifiée à Paris, elle pourrait provoquer la désertion graduelle de l'Université de Paris par les étudiants en chirurgie dentaire.

Comptant sur votre constante sollicitude pour l'enseignement odontologique et les écoles dentaires et votre esprit d'équité et de justice, nous nous plaisons à espérer, monsieur le Recteur, qu'il aura suffi de soumettre à votre bienveillante attention les observations qui précèdent pour que vous vouliez bien, comme pour nos demandes précédentes, les prendre en sérieuse considération et remédier aux imperfections qu'a présentées encore cette année, l'exécution du décret du 11 janvier 1909 en ce qui concerne l'examen de validation de stage et de scolarité dentaires à l'Université de Paris.

Nous nous tenons à votre disposition dans le cas où vous jugeriez utile de nous entendre pour vous fournir des renseignements complémentaires, et nous vous prions d'agréer, monsieur le Recteur, l'expression de nos sentiments respectueusement dévoués.

Pour le Comité exécutif de la Fédération dentaire nationale :

Le président,
A. BLATTER.

Le secrétaire général,
HENRI VILLAIN.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

COUR D'APPEL DE PARIS

Attaques et hostilités systématiques contre l'Association générale syndicale des dentistes de France. — Radiation. — Confirmation par la Cour.

On se souvient qu'à la suite d'incidents sur lesquels il est inutile de revenir et qui ont été portés devant les assemblées générales un membre de l'Association générale syndicale des dentistes de France avait été radié, conformément aux statuts, après avis unanime du Conseil de famille.

Ce membre a poursuivi devant les tribunaux l'annulation de cette radiation.

La Cour d'appel de Paris (3e chambre), dans son audience du 27 juin 1913, a débouté le demandeur et confirmé la radiation dans les termes suivants :

La Cour,

Après avoir entendu en l'audience du 18 juin courant, en leurs conclusions et plaidoiries respectives, Ducuing, avocat de Blatter ès qualités, assisté de Villebœuf, son avoué, Justal avocat de Manteau, assisté de Mérandon, son avoué, ensemble en ses conclusions M. Trouard-Riolle, avocat général, et après en avoir délibéré conformément à la loi, la cause continuée à ce jour pour prononcer arrêt, statuant sur l'appel interjeté par Blatter ès qualités d'un jugement rendu par le Tribunal civil de la Seine le 9 mars 1912,

Reçoit en la forme l'appel contre lequel aucune fin de non-recevoir n'est opposée, au fond considérant que Manteau est membre de l'Association générale syndicale des dentistes de France et de la Société de l'École dentaire ;

Considérant qu'aux termes de l'article 17 des statuts de la dite Association, le Conseil de direction peut, après enquête, voter la radiation de tout membre qui s'est rendu coupable de délit de droit commun ou d'actes qui ne sont pas conformes à l'honorabilité professionnelle ou qui sont de nature à porter préjudice à l'Association ;

Considérant qu'il résulte des documents de la cause que dans l'Assemblée générale tenue le 24 janvier 1909 plusieurs membres

se plaignirent des attaques dirigées contre l'Association par Manteau et qu'un ordre du jour fut voté invitant le Conseil de l'Association à le déférer au Conseil de famille;

Considérant qu'en exécution de cet ordre du jour Manteau fut convoqué devant le Conseil de famille le 4 avril 1909, qu'il s'y rendit et récusa immédiatement l'un des membres dudit Conseil; mais que sa requête ayant été repoussée, le président lui donna la parole pour présenter sa défense; que Manteau refusa de se défendre tant que satisfaction ne lui serait pas donnée; qu'une discussion s'engagea à nouveau et que finalement Manteau n'ayant pas renoncé à sa demande de récusation, le président l'avertit que le Conseil était tout disposé à entendre ses explications; mais que, s'il refusait de les donner, le Conseil statuerait quand même; que Manteau quitta alors la salle et que ce fut dans ces conditions que le Conseil de famille, après examen des griefs formulés contre Manteau, fut d'avis, à l'unanimité des six membres présents, qu'en vertu de l'art. 15 du règlement de l'Association et de l'art. 15 des statuts de la Société de l'École dentaire, Manteau devait être exclu de ces deux Sociétés;

Considérant que cet avis ayant été transmis au Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, ce Conseil, dans sa séance du 15 mai 1909, prononça, à l'unanimité de ses membres, la radiation de Manteau *pour attaques et hostilités systématiques contre la Société*, et que cette mesure fut approuvée par l'assemblée générale du 16 janvier 1910, qu'elle était justifiée, les faits reprochés à Manteau rentrant dans la catégorie de ceux qui sont de nature à porter préjudice à l'Association;

Considérant que Manteau soutient en premier lieu que la décision prise contre lui est entachée de nullité, le Conseil de direction l'ayant rendue sans le convoquer et sans l'appeler à se défendre;

Mais considérant qu'il résulte de l'exposé qui précède que Manteau a refusé de s'expliquer devant le Conseil de famille, malgré l'insistance du président, qu'ayant été mis en demeure de se défendre, il lui était facile de demander à être entendu par le Conseil de direction ou tout au moins de lui transmettre un mémoire pour se justifier; qu'il n'est donc permis de juger que le droit de défense a été violé en sa personne;

Considérant que Manteau soutient également que, sa radiation n'ayant pas été prononcée par l'assemblée générale de l'Ecole dentaire du 14 décembre 1909 où la majorité des deux tiers des voix requise par l'art. 15 des statuts n'a pas été atteinte, ce désaccord aurait dû être porté devant le Conseil général du groupement des deux sociétés, qui aurait statué en dernier ressort, conformément aux conventions intervenues entre les deux as-

sociations ; mais que ces conventions étaient contraires aux statuts des deux sociétés en ce sens qu'elles faisaient dépendre l'exclusion des membres de l'une d'elles des votes d'une partie des membres du Conseil d'administration de l'autre ; que d'ailleurs les deux associations ont si bien compris cette impossibilité d'application qu'elles ont fait disparaître les conventions invoquées par Manteau ;

Considérant, d'autre part, que si les deux sociétés sont étroitement liées par les mêmes intérêts et ont même des ressources communes, elles n'en conservent pas moins leur indépendance avec des statuts distincts et que, par suite, les mesures disciplinaires prises par l'une des associations contre l'un de ses membres ne sauraient être suspendues par le refus de l'autre association de les admettre ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les premiers juges n'ont pas fait juste appréciation des faits de la cause et qu'en conséquence les prétentions de Manteau doivent être rejetées ;

Par ces motifs, infirme le jugement dont est appel, décharge Blatter es qualités des dispositions et condamnations lui faisant grief et, statuant à nouveau,

Dit que la radiation de Manteau prononcée par l'Association générale syndicale des dentistes de France, conformément à l'article 17 des statuts est régulière et justifiée ;

Dit que les conventions intervenues entre l'Ecole dentaire de Paris et ladite Association ont été sans influence sur la radiation de Manteau comme membre de cette dernière association ;

En conséquence déclare Manteau mal fondé en ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute, ordonne la restitution des amendes consignées sur l'appel principal et sur l'appel incident, condamne Manteau aux dépens de première instance et d'appel, dont distraction est faite, pour cause d'appel, au profit de Villebœuf, avoué, qui l'a requise aux offres de droit.

Fait et prononcé en la Cour d'appel de Paris, le vendredi 27 juin 1913, en l'audience de la 3e chambre, etc...

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

LA PROPAGANDE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE PAR LES DICTÉES SCOLAIRES

Les dictées scolaires, par les idées qu'elles développent chez les enfants, les souvenirs qu'elles laissent dans leur esprit, ont semblé au *Comité national français d'Hygiène dentaire* un excellent moyen de propagande, susceptible de développer chez les enfants les notions primordiales de l'hygiène dentaire. C'est pourquoi ce Comité a chargé une Commission de rédiger quelques modèles de dictées adaptées à l'âge des différentes catégories des enfants des écoles primaires.

Ce sont ces dictées que nous publions ci-dessous ; elles ont été rédigées sous une forme très simple et aussi peu aride que possible. Aux tout petits d'abord nous ne présentons que des idées très concrètes et peu nombreuses, qui se trouvent un peu plus développées dans celles destinées aux enfants plus âgés, jusqu'à ceux de douze ans auxquels on donne quelques explications d'ordre général un peu plus étendues. On a systématiquement écarté de tous ces textes les termes techniques ou scientifiques capables de n'être pas immédiatement compris de l'enfant.

Le texte de ces dictées a été approuvé par M. l'Inspecteur général de l'Instruction publique Lamy, membre du C. N. F. H. D., qui a bien voulu les revoir au point de vue pédagogique et elles ont été remises aux principaux journaux de pédagogie qui vont les publier.

Tous ceux que ces questions intéressent pourront utilement répandre dans les milieux scolaires ces petites dictées, qui peuvent utilement contribuer à la propagande de l'hygiène dentaire parmi ceux qu'il y a le plus d'intérêt à gagner à cette cause si importante pour la santé publique.

MAURICE ROY,
Président du C. N. F. H. D.

Dictées scolaires.

LES DENTS.

Il faut se brosser les dents tous les jours. René ne le fait pas, aussi ses dents sont sales et elles sont gâtées et c'est pour cela qu'elles lui font grand mal. Brossons-nous les dents pour être propres et ne pas souffrir.

De la propreté de la bouche.

Vous tous, enfants, qui êtes ici, avant de partir ce matin de chez vous, vous vous êtes soigneusement lavé la figure, les mains et avez peigné vos cheveux. Et vos dents ? quelques-unes peut-être d'entre vous les ont brossées, mais je suis sûr que beaucoup d'entre vous ne l'ont pas fait. Il est cependant de première nécessité, que tous les matins en faisant votre toilette, vous vous frottiez les dents bien fort avec une brosse et de l'eau fraîche. Cela vous ennuiera un peu les premiers temps, puis vous en ressentirez un tel bien-être que vous ne pourrez plus vous en passer.

En vous lavant les dents, vous éviterez ces affreuses douleurs de dents que quelques-unes d'entre vous ont probablement déjà ressenties ; vos dents, enfants, ne seront plus gâtées et quand vous rirez, dans vos joyeux ébats, votre bouche montrera deux belles rangées de perles, au lieu de vilaines dents sales comme on en voit à certaines d'entre vous.

L'hygiène de la bouche.

La bouche est la porte par où passent tous les aliments ; les débris alimentaires qui restent entre les dents après le repas fermentent rapidement en donnant naissance à des myriades de microbes qui attaquent les dents et déterminent ce qu'on appelle la carie dentaire. Tous ces détritus et ceux qui proviennent des dents cariées, tous les microbes dangereux qu'ils contiennent se mêlent aux aliments et vont ainsi dans l'estomac et l'intestin où ils sont susceptibles de déterminer de graves maladies.

Ainsi donc, la malpropreté de la bouche entraîne la carie et la perte des dents et peut occasionner des désordres très sérieux de la santé générale.

Pour éviter tous ces inconvénients, il suffit de se brosser chaque jour, de préférence le soir, les dents et les gencives avec une brosse dure ; c'est une bien petite peine à prendre pour un grand et utile résultat. Se brosser les dents, c'est se préserver de beaucoup de maladies et, par conséquent, se donner des chances de prolonger la durée de sa vie.

L'hygiène de la bouche.

Vous lavez-vous les dents tous les jours ? Si cette question vous paraissait bizarre et si elle vous faisait rire, vous auriez tort.

Tous les jours vous vous lavez la figure et vous vous lavez les mains avant chaque repas, aussi bien par propreté que par hygiène ; pourquoi alors beaucoup d'entre vous négligent-ils la

bouche et les dents, qui ont droit, plus que toute autre région du corps, à un nettoyage régulier? En effet, les aliments que vous absorbez laissent toujours des débris dans les interstices des dents; or, si vous n'enlevez pas ces débris par un brossage énergique, ces détritus alimentaires fermentent rapidement et donnent une mauvaise odeur à votre bouche. Mais ces fermentations, qui sont produites par des myriades de microbes, ont d'autres inconvénients beaucoup plus graves, car elles produisent la carie des dents et l'inflammation des gencives, ce qui provoque de vives souffrances, et il vous faudra aller trouver en toute hâte le chirurgien-dentiste pour qu'il répare le mal causé par votre négligence.

Ne trouvez-vous pas préférable de posséder des dents saines propres et blanches? Pour cela point n'est besoin de soins compliqués, il suffit de vous brosser énergiquement les dents et les gencives, avec de l'eau et une brosse dure, après chaque repas ou tout au moins une fois par jour. Si ce nettoyage était régulièrement et consciencieusement fait, si vos dents étaient surveillées tous les ans par le chirurgien-dentiste, vous les conserveriez toute votre vie et vous n'en souffririez jamais.

Vous êtes jeunes encore, n'attendez pas qu'il soit trop tard pour soigner et peut-être pour sauver vos dents parce qu'elles permettent de bien mâcher.

De bonnes dents assurent un bon estomac et, par suite, une bonne santé.

LA CLINIQUE DENTAIRE SCOLAIRE MUNICIPALE DE CHARLOTTENBOURG [1]

Par Mlle Anna Brutzkus, chirurgien-dentiste.

A la suite des constatations du professeur Jessen, de Strasbourg, que chez les enfants des écoles il n'y en avait pas plus de 5 0/0 présentant une denture en bon état, la municipalité de Charlottenbourg décida, sur la demande du corps dentaire de la ville, en 1908, de créer une clinique dentaire scolaire pour les enfants des écoles.

Des constructions furent édifiées au n° 22 de la Bismarckstrasse et la clinique y fut ouverte le 8 février 1909. Elle fut confiée à un directeur, un assistant et une religieuse, au début ;

1. Dans son voyage en Allemagne en août dernier M. Godon a eu le plaisir de rencontrer chez le Dr Arhondson la nièce de celui-ci, Mlle Brutzkus, chirurgien-dentiste, chargée de la clinique dentaire scolaire de Charlottenbourg et qui, sur sa demande, lui a aimablement adressé le très intéressant rapport suivant.

mais au bout de 15 mois de fonctionnement, il leur fut adjoint un deuxième assistant et une deuxième religieuse, prévus d'ailleurs dans le projet.

Les locaux répondent aux exigences de l'hygiène et sont pourvus de l'instrumentation le plus moderne ; ils comprennent une salle d'attente, deux salles de traitement, une salle pour le nettoyage, une salle où se tiennent les assistants et les sœurs et une salle pour le directeur.

Le sol des salles d'opération est recouvert de linoléum et les murs sont peints à l'huile. Les trois salles de travail comptent chacune un fauteuil, un bras de tour au mur, une table d'instruments, un appareil pour éclairage de la bouche, une armoire à instruments et un tour électrique ; un stérilisateur est placé dans la salle de nettoyage. Chaque fauteuil est garni d'un crachoir à courant d'eau avec écoulement. Les murs sont recouverts de carreaux de faïence blanche, derrière les lavabos, dans les salles d'opérations, et derrière les bassins dans la salle de nettoyage. L'éclairage est électrique.

Les dépenses de première installation, à l'exception des modifications apportées à la construction, ont été de 6.250 francs pour les instruments et de 2.500 francs pour le mobilier.

Les patients se composent des enfants des écoles communales, enfantines et des boursiers des écoles supérieures.

Pour améliorer l'état de la bouche des patients, tous les nouveaux élèves, les enfants des colonies de vacances, ceux des écoles placées dans les forêts et ceux des écoles enfantines sont examinés et, au besoin, traités à la clinique. L'examen a lieu *dans les écoles*. Depuis trois ans les enfants examinés dans les six mois auparavant sont inspectés de rechef lors de l'examen des nouveaux. De plus la clinique traite les enfants qui lui sont adressés par les médecins scolaires et les écoles.

Examen. — Le directeur de la clinique avise le directeur de l'école dont c'est le tour qu'il se rendra dans celle-ci à jour dit pour l'inspection. Celle-ci se faisait au début dans la salle du médecin ; depuis deux ans elle se fait dans les salles de classe, pour éviter que les enfants, surtout les nouveaux, ne se dissipent ou ne pleurent comme cela se passait quand on les conduisait en troupe dans la salle du médecin.

Les enfants qui doivent être traités reçoivent une fiche avec un texte explicatif imprimé et un bulletin de rendez-vous pour les parents, leur fixant un jour pour le traitement à la clinique dentaire. L'inspection est accompagnée d'une petite allocution destinée à indiquer aux enfants les soins des dents et de la bouche. L'inspection dure, suivant le nombre des enfants, 1 heure à

1 h. 1/2, toujours le matin ; il y a deux inspections par semaine.

Les enfants des écoles voisines de la clinique reçoivent des rendez-vous pour le matin ; ceux des autres pour l'après-midi.

Comme en hiver la classe est rarement terminée avant midi, le Gouvernement a permis, sur la demande de la Commission scolaire, que les élèves de la septième classe soient autorisés, pendant les six mois d'hiver, à se rendre à la clinique, pour le traitement, à partir de onze heures, de sorte que chaque enfant perd au plus deux heures de classe.

L'inspection révèle toujours que seulement un très petit nombre d'enfants ont une denture absolument saine ; souvent la mastication est fortement amoindrie par la destruction avancée des molaires de lait ; la plupart du temps les glandes sont plus ou moins enflées ; souvent les maux de dents empêchent les enfants de dormir.

Depuis peu les enfants qui dépendent des crèches nous sont envoyés pour être traités ; ils ont en moyenne quatre à cinq ans ; mais beaucoup, de deux à trois ans, ont besoin d'un traitement pour éviter la destruction de leurs dents de lait.

Notre traitement est conservateur, autant que possible ; néanmoins les extractions sont plus nombreuses que nous ne le voudrions à cause des progrès de la carie ; toutefois elles vont en diminuant.

Les enfants désignés pour venir à la clinique y sont conduits par une sœur, qui les ramène à leur école, le traitement terminé. L'après-midi ils sont conduits par leurs parents.

Dans le traitement nous commençons, si possible, par l'obturation, que nous accompagnons d'une extraction, si elle est nécessaire. Les parents y assistent.

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis sont destinés aux patients qui ont de nouveaux rendez-vous ; les mercredis et samedis à ceux qui sont déjà en traitement, ainsi qu'à ceux envoyés directement par les écoles.

Les premières cliniques dentaires scolaires ont été fondées sur le principe du traitement gratuit ; dans quelques-unes des nouvelles le traitement ne se fait que moyennant paiement, sauf naturellement pour les enfants pauvres. Le paiement a lieu ou à l'occasion de chaque traitement ou par an, d'après un système d'abonnement. Les recettes qui en résultent sont toutefois très minimes : c'est ainsi que les trois cliniques de Berlin ne rapportent pas plus de 6.250 à 7.500 francs par an. Le traitement individuel nécessite un grand travail et l'abonnement ne peut être pratiqué que par l'intermédiaire de l'école et incombe par suite aux maîtres. L'inconvénient de ce système, c'est que les soins

de la clinique ne s'étendent plus alors à la catégorie qui en a le plus besoin. Certes les pauvres sont traités gratuitement, mais ces enfants négligent souvent le traitement, auquel ils ne se soumettent d'ailleurs pas volontiers. Mais une nombreuse classe de la population, sans être précisément indigente, n'a pas non plus d'argent de reste pour des choses qui ne sont pas absolument nécessaires ; c'est notamment le cas des familles ayant beaucoup d'enfants. *Le principe de la gratuité du traitement est donc préférable à celui du paiement*, parce qu'il assure le traitement à toutes les classes de la population.

Les dépenses de la clinique ont été les suivantes :

1909 : 12.987 fr. 23 — 1910 : 18.258 fr. 98 — 1911 : 20.851 fr. 36.

RÉSUMÉ DES OPÉRATIONS DE LA CLINIQUE.

1er *avril* 1909 *au* 31 *mars* 1910.

Garçons : 3.127 — filles : 4.391 (total : 7.518) — traités pour la première fois : 5.512 — Extractions ; dents de lait : 76 ; dents permanentes : 76 — Obturations ; dents de lait : 79 ; dents permanentes : 52. — Traitement et obturation de racines ; dents de lait : 5 ; dents permanentes : 94. — Nettoyages : 804.

1er *avril* 1910 *au* 31 *mars* 1911.

Garçons : 4.691 — filles : 5.258 (total : 9.949) — traités pour la première fois : 8.688. — Extractions ; dents de lait : 76 ; dents permanentes : 71. — Obturations ; dents de lait : 127 ; dents permanentes : 44. — Traitement et obturation de racines ; dents de lait : 24 ; dents permanentes : 78. — Nettoyages : 1.023.

1er *avril* 1911 *au* 31 *mars* 1912.

Garçons : 5.064 — filles : 5.567 (total : 10.631) — traités pour la première fois : 8.050. — Extractions ; dents de lait : 73 ; dents permanentes : 81. — Traitement et obturation de racines ; dents de lait : 27 ; dents permanentes : 39. — Nettoyages : 1.137.

1er *avril* 1912 *au* 31 *mars* 1913.

Garçons : 5.268 — filles : 5.715 (total : 10.983) — traités pour la première fois : 7.742. — Extractions ; dents de lait : 5.328 ; dents permanentes : 1.240. — Obturations ; dents de lait : 4.944 ; dents permanentes : 6.061. — Traitement et obturation de racines ; dents de lait : 718 ; dents permanentes : 2.021. — Nettoyages : 1.113.

Appointements du personnel. — Le directeur reçoit 7.500 fr. par an ; les assistants, 3.375 francs la première année ; les deux années suivantes : 375 francs de plus. Il est interdit à tous de faire de la clientèle privée. L'augmentation ultérieure n'est pas encore fixée.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL FÉDÉRAL DE SUISSE

Audience du 6 février 1913.

Présidence de M. HONEGGER.

CONVENTION ENTRE UN MÉDECIN-DENTISTE ET UN MÉCANICIEN-DENTISTE ; INEXÉCUTION ; PROCÈS ; DÉBOUTEMENT DES PARTIES ; CONVENTION NULLE COMME AYANT POUR OBJET UNE CHOSE ILLICITE ; ART. 20 C. O. REVISÉ ; RECOURS DE DROIT PUBLIC POUR DÉNI DE JUSTICE ; REJET.

W... *contre* B...

Le jugement annulant, en vertu de l'art. 20 C. O. revisé, la convention conclue entre un médecin-dentiste et un mécanicien-dentiste, et ayant pour but et pour effet de permettre à celui-ci la pratique d'opérations interdites par la loi, n'est point arbitraire et ne saurait être annulé pour déni de justice.

A. Par convention du 6 février 1906, le requérant Louis W., médecin-dentiste, et Christian B., mécanicien-dentiste, à Genève, se sont associés pour l'exploitation du cabinet dentaire appartenant au sieur B. M. W. apportait exclusivement dans l'association ses « nom, qualités, titres, connaissances professionnelles ». En échange, W. recevait de B. et à titre d'honoraires mensuels, une somme de 150 francs.

Le 8 décembre 1910, le requérant a intenté une action à B. en paiement d'une somme de 180 francs, pour solde d'honoraires — de 300 francs comme contre-valeur des instruments et objets détenus par le défendeur, sauf restitution des dits objets — enfin, de 300 francs, à titre d'indemnité, pour rupture de contrat. Le défendeur B. a conclu au mal fondé de la demande et, reconventionnellement, à la condamnation de W. à lui payer diverses sommes reçues en prêt, ainsi que 200 francs de dommages-intérêts. Les deux instances cantonales ont débouté les deux parties de leurs réclamations respectives, parce que le contrat de société invoqué par elles devait être considéré comme nul, attendu qu'il avait pour objet une chose illicite.

L'arrêt rendu par la Cour de justice civile, le 16 novembre 1912, admet, en particulier, que cette convention avait pour unique but de permettre a B. d'exercer illégalement la profession de médecin-dentiste et spécialement de procéder à des opérations dentaires, ce qui, cependant, lui était interdit par la teneur de l'art. 59 du règlement d'exécution sur l'exercice de la médecine, etc., en sa qualité de simple mécanicien-dentiste.

B. C'est contre cet arrêt que W. a interjeté un recours de droit public devant le Tribunal fédéral ; il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à la Cour de justice civile, pour statuer sur les conclusions prises par lui en première instance. Il estime que le dit arrêt est

« purement arbitraire », et affirme n'avoir jamais voulu violer la loi, mais simplement avoir eu l'intention d'exercer sa profession de dentiste dans le cabinet B. et de permettre également à ce dernier d'exercer sa profession de mécanicien-dentiste ; il avait, en effet, apporté ses instruments, et avait travaillé quelque temps chez ce dernier ; mais il est malheureusement tombé malade peu après le début de l'association. Le fait que B. a été antérieurement condamné, pour avoir pratiqué illégalement l'art dentaire, n'est pas suffisant pour faire admettre nécessairement que leur contrat a été conclu dans un but illicite. La décision prise par les tribunaux cantonaux constituerait ainsi un flagrant déni de justice. Le requérant ajoute encore que, comme le contrat ne l'obligeait pas à apporter ses instruments dans l'association, B. ne peut prétendre exercer sur eux un droit de rétention, et que, cependant, l'arrêt rendu par l'instance cantonale a eu pour conséquence d'en créer un à son profit, ce qui constitue également une flagrante atteinte à ses droits constitutionnels et un véritable déni de justice.

Arrêt.

En droit : Le recours de W. n'est pas fondé sur un refus de statuer, c'est-à-dire sur le fait qu'une autorité aurait refusé d'accomplir son office dans un cas déterminé. Il constitue simplement un recours contre une décision qui est envisagée comme arbitraire, parce que ce serait à tort que la Cour civile aurait fait application de l'art. 20 nouveau C. O. en la présente cause.

Cette décision n'apparaît cependant nullement comme telle. Le requérant reconnaît, en effet, lui-même, dans son mémoire du 14 juin 1911, « qu'en 1906, le sieur B. était en délicatesse avec le Département de Justice et Police pour exercice illégal de la médecine, et qu'il vint proposer au demandeur, chirurgien et dentiste diplômé, une association, afin de ne plus être inquiété » ; et, plus loin : « Le sieur B. déclara, en effet, au demandeur que sa clientèle était trop ordinaire, qu'il lui serait désagréable de la soigner, et que tout ce qu'il lui demandait, c'était de faire de temps en temps acte de présence pour qu'il soit à l'abri de poursuites. Le sieur B. ne saurait nier qu'il n'a conclu une convention avec M. W. que pour se mettre à couvert des poursuites qui lui étaient intentées pour exercice illégal de la médecine. »

Il résulte également du contrat passé entre parties que celles-ci n'ont pas voulu, en réalité, autre chose que couvrir la pratique médicale de B. au moyen des titres, nom et qualités du requérant. Le seul apport de W. était, en effet, constitué par ses « nom, qualités et connaissances professionnelles », et c'était « en échange de ces apports » que B. s'engageait à lui payer 150 francs d'honoraires par mois. Enfin, le contrat ne parle pas de prestation, sous forme de travail, de la part de W. ; il n'indique pas non plus la manière dont les parties devaient se répartir les bénéfices et les pertes éventuelles, ce qui eût dû cependant être stipulé, si les parties avaient véritablement admis que W. devait contribuer, d'une manière quelconque, aux travaux de B.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce : Le recours est écarté...

NÉCROLOGIE

Lucas-Championnière.

M. Lucas-Championnière, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux, commandeur de la légion d'honneur, syndic de l'Association de la Presse médicale française, est mort subitement le mercredi 22 octobre à 4 heures et demie à l'Institut de France, après avoir lu une étude sur la *Trépanation préhistorique.*

Il était né le 15 août 1843 à Saint-Léonard dans l'Oise et agrégé de médecine depuis 1872; deux ans plus tard il était chirurgien des hôpitaux. Sa disparition est une grande perte pour la chirurgie française.

M. Lucas-Championnière faisait partie du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris à laquelle il avait donné de fréquents témoignages d'intérêt surtout quand elle était à ses débuts.

Lors de la fondation de cette Ecole il fut le premier médecin qui nous honora d'une généreuse souscription et, à ce titre, il était inscrit parmi les membres bienfaiteurs de l'Ecole.

Nous prions sa famille d'agréer nos très sincères condoléances et l'expression de nos vifs regrets.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

La séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le lundi 17 novembre prochain, à 8 heures et demie du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Elle comprendra une leçon inaugurale par le professeur de thérapeutique spéciale dentaire, M. Roy, une allocution du directeur, la lecture du palmarès et la remise des récompenses.

Manifestation de sympathie.

Nous avions annoncé dans notre numéro du 15 juillet 1912 que M. Lucien Lemerle devait se retirer à la fin de l'année 1912, après 30 ans de services ininterrompus rendus à l'Ecole dentaire de Paris et à l'Association générale syndicale des dentistes de France. Nous ajoutions que M. Lemerle, qui est un des vétérans

de la profession, toujours sur la brèche, sans lassitude, depuis 1883, a occupé tous les postes dans l'enseignement à l'Ecole et toutes les fonctions dans la hiérarchie administrative de ces deux Sociétés avec le plus grand dévouement et le plus grand désintéressement.

Aussi le Groupe des amis des écoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'A. G. S. D. F. se proposait-il de lui offrir un banquet et un objet d'art, à l'occasion de sa retraite.

Une souscription fut ouverte aussitôt pour l'achat de cet objet d'art et quelques fonds furent recueillis.

Postérieurement nous avons informé nos lecteurs (n° du 30 septembre 1912) que M. Lemerle, cédant à de nombreuses insistances, voulait bien rester encore parmi nous pendant l'année 1913, ajoutant que les souscriptions déjà reçues restaient naturellement acquises à cette manifestation.

L'année 1913 touche à sa fin et notre ami va, cette fois, se séparer définitivement de nous.

Le moment de réaliser notre projet est donc venu et nous adressons un appel à tous les confrères désireux de témoigner à M. Lemerle leurs regrets de son départ et de lui exprimer les remercîments de la profession pour les prier de nous envoyer leur souscription, ainsi que leur adhésion au banquet, dont la date sera fixée ultérieurement.

Pour donner plus d'éclat à la manifestation, le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a décidé de s'y associer.

Prière d'adresser les fonds à M. Henri Villain, secrétaire, 10 rue de l'Isly, Paris.

Société d'Odontologie de Paris.

Notre confrère M. Cunningham, président d'honneur de la Commission internationale d'hygiène dentaire, a présenté le dimanche 12 octobre, à 10 h. 1/2 du matin, au Cinéma, 30, boulevard Bonne-Nouvelle, une série de films ayant pour sujet l'Hygiène dentaire :

Comment sauver les dents d'une Nation.

FILMS SCIENTIFIQUES.

Les dents pour tous.

FILMS POPULAIRES.

De nombreux dentistes et beaucoup de personnes s'intéressant à cette question se sont rendus à cette séance, qui a été des plus réussies et qui a fait honneur aux organisateurs.

Royal dental hospital de Londres.

La réouverture des cours du *Royal dental hospital* de Londres (Leicester Square) et la distribution des récompenses aux élèves de la scolarité de 1912-1913 ont eu lieu le 7 octobre sous la présidence du prince Alexandre de Teck.

Ce dernier a prononcé un discours dont nous extrayons les passages suivants :

« Nous avons besoin de dentistes instruits et ceux-ci peuvent rendre de grands services à l'Etat ; cela résulte clairement, ce me semble, du rapport de la Marine et de la Guerre et des examens des dents des enfants. L'importance de votre rôle pour entretenir la santé de la population ne saurait être trop appréciée et elle est reconnue par tous, je suis heureux de le voir. Votre hôpital a, je le sais, consacré pendant des années une section spéciale aux soins des dents des enfants et les membres de votre corps enseignant ont été les premiers à réclamer la nomination de dentistes pour les écoles primaires et autres. Je salue l'augmentation du nombre de ces nominations. J'espère qu'elles auront pour effet de mettre les enfants en meilleure situation pour entretenir leur santé et résister à la maladie.

» Les débats du récent congrès de médecine qui s'est tenu ici ont montré que les maladies des dents sont considérées par beaucoup d'entre vous comme la cause initiale réelle de sérieuses maladies. S'il en est ainsi il est bon que ces maladies soient prévenues, si elles peuvent l'être, car si c'est notre rôle et notre plaisir de guérir ou d'aider à guérir les malades, j'ai vu au *Middlesex hospital* combien on éviterait de souffrances et de misère, principalement aux pauvres, en prévenant ce qui peut être prévenu. Je souhaiterais donc que cet avantage pût être étendu à tous les pauvres de Londres, si les ressources financières de votre institution le permettaient.

» J'espère qu'il se trouvera un donateur généreux pour vous faciliter cette tâche ; il méritera de prendre rang parmi les bienfaiteurs de l'humanité. »

En Espagne.

MM. Subirana, Aguilar, Landete et Cuzzani, professeurs d'odontologie à la Faculté de médecine de Madrid, ont été mandés par le ministre de l'Instruction publique pour l'entretenir des réformes qu'il projette d'introduire dans l'enseignement de l'odontologie, conformément au projet qu'ils lui ont présenté le mois dernier. *(La Epoco.)*

Congrès de Londres (1914).

Le Comité national allemand de propagande formé en vue du sixième Congrès dentaire international de Londres (3-8 août 1914) comprend MM. le professeur Walkhoff (Munich), le professeur Dieck (Berlin), Conrad Kohn (Berlin), Schaeffer-Stuckert (Francfort-sur-le-Main), Scheele (Cassel). Il a commencé les travaux préparatoires. *(Berliner Tagblatt.)*

Souvenir rétrospectif.

La notice sur A. Préterre publiée dans le dernier numéro de la « Gazette Scientifique » a suscité un certain nombre de réclamations de la part des anciens élèves du Maître.

Le distingué M. X., de Menton, de passage à Paris, il y a quelques jours, a bien voulu mettre les choses au point : Préterre fut un Maître dans toute l'acception du mot. Ce fut un Maître qui pendant toute son existence forma des élèves. On connaît sa formule : *Ce n'est pas en étudiant, mais en travaillant que l'on devient dentiste.* En s'adressant à des ouvriers d'art mécaniciens, horlogers, bijoutiers, il en fit les excellents praticiens que l'on sait.

Il paraît que la sollicitude du Maître s'étendait sur ses élèves longtemps après l' « exeat » indiquant la fin de l'apprentissage.

Une autre de ses formules favorites consistait à installer ses élèves dans tous les coins de la France et à les abriter de son autorité : quelques années après l'élève devenait le successeur, tout simplement.

Il paraît que ce fut surtout cette seconde formule qui permit à Préterre de léguer quelques millions à l'amie d'Osiris.

Ce n'est pas non plus en poussant les études au delà des nécessités et au détriment de la technique qu'on fera des dentistes : on obtiendra des pseudo-savants à dissertations oiseuses, mais incapables de produire des travaux d'art judicieusement conçus et établis. (*Gazette scientifique*, de E. Grosjean.)

Chambres de chirurgiens-dentistes.

Les élections des représentants de la profession dans les chambres de chirurgiens-dentistes créées récemment en Prusse sont terminées, 31 membres et autant de suppléants ont été élus au total, savoir 5 pour Berlin et son district, 3 pour la Silésie, 3 pour la Prusse rhénane, 2 pour chacune des autres provinces. La durée du premier mandat s'étend jusqu'à la fin de décembre 1915.

Sur les 31 membres, 1 porte le titre de dentiste de la cour et 8 sont docteurs ; sur les 31 suppléants, 10 sont docteurs ; parmi ces dix, 2 sont également chirurgiens-dentistes. *(Die Post.)*

L'inspection médico-scolaire en Espagne.

Une ordonnance royale du 20 septembre 1913 a créé pour toutes les écoles primaires d'Espagne publiques et privées l'inspection médico-scolaire. Cette inspection sera faite par un corps de médecins et de dentistes nommés par le ministre de l'Instruction publique. Ce corps aura pour chef le directeur de l'inspection médicale actuelle, désigné par l'Académie de médecine. Le service d'inspection dépendra de la direction générale de l'enseignement primaire.

Aux termes de l'art. 2, cette inspection comprendra, entre autres, *l'hygiène de la bouche, qui constituera une spécialité du service.*

Les nominations seront faites à la suite de concours ouverts, pour la médecine, entre les docteurs ou licenciés en médecine ou en chirurgie, et, d'autre part, entre les chirurgiens-dentistes.

Les médecins et dentistes actuellement en fonctions continueront d'exercer celles-ci.

Un règlement ultérieur du corps d'inspection sera élaboré dans un délai de 2 mois. (*El Liberal*, 25 septembre 1913.)

Comité national français d'hygiène dentaire.

Une assemblée générale du Comité national français d'hygiène dentaire aura lieu le *mercredi* 29 *octobre* 1913, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du 8e arrondissement, rue d'Anjou.

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

2° Correspondance ;

3° Rapport du Secrétaire général ;

4° Rapport du Trésorier ;

5° Rapport sur le Dispensaire dentaire du 8e arrondissement, par M. Godon ;

6° Rapport sur la propagande dans les écoles et à l'Assistance publique, par M. R. Lemière ;

7° Proposition relative à la vente des brosses à dents ;

8° Rapport sur l'achat d'un matériel cinématographique, par M. Roy ;

9° Election du Conseil d'administration (à 10 heures).

33e ANNÉE. N° 21. 15 NOVEMBRE 1913 VOL. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

BRIDGES SUR DENTS VIVANTES, AVEC MINIMUM DE MUTILATION

Par Louis RUPPE,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 7 octobre 1913.)

Dans certains cas nettement indiqués de bridges, on se trouve en présence de deux sortes de difficultés d'ordre très différent, qui rendent l'exécution impossible sans la dévitalisation des dents choisies comme piliers.

Ces difficultés sont :

1° Les malpositions des dents ;

2° L'hyperesthésie de la dentine.

1° Les malpositions sont fréquentes au maxillaire inférieur, où l'on trouve souvent les 2me ou 3me grosses molaires dans la position indiquée sur la fig. 1 (mésioversion coronaire, compliquée souvent de linguo ou vestibulo-version).

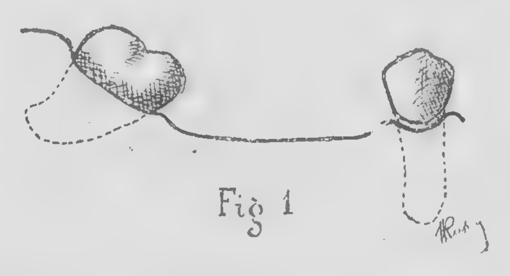
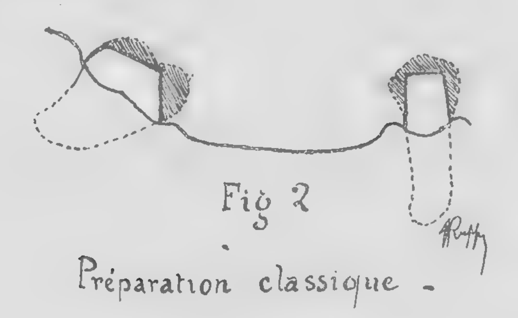


Fig 1

Pour que ces dents puissent servir de pilier, il est indispensable d'enlever de leur couronne les parties indiquées

en hachures sur la fig. 2, ce qui ne peut se faire sans la dévitalisation de la dent.



2° L'hyperesthésie de la dentine. Je n'ai pas ici à en chercher les causes ; je me contente de la constater en tant que difficulté pour la préparation des piliers d'une prothèse inamovible.

Dans ces deux cas la dévitalisation semble donc s'imposer ; si pour différents motifs nous hésitons à faire ce traitement, le pont devient impossible à construire dans les conditions ordinaires.

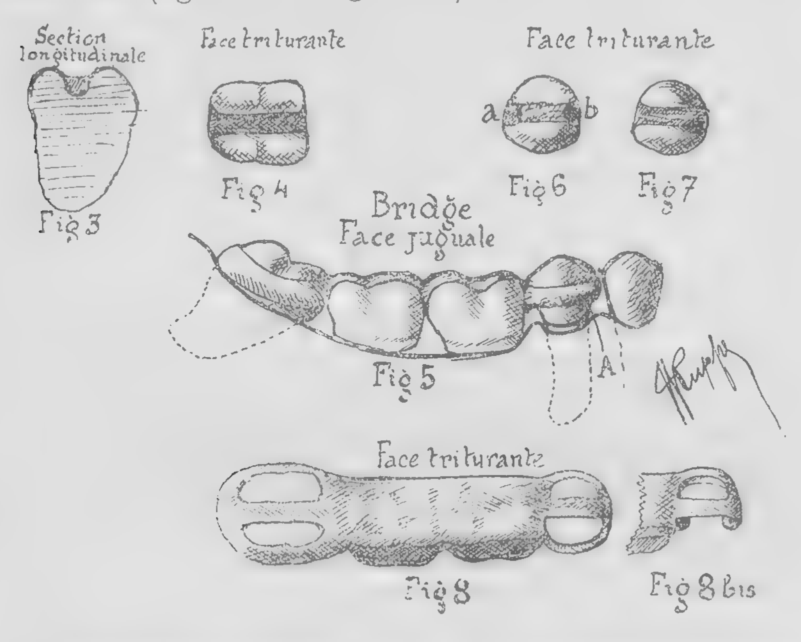
Cependant j'ai pu, dans certains cas, construire des ponts en préparant les dents de la façon suivante :

Avec une meule de 2 millimètres d'épaisseur et de bord arrondi, je creuse entre les cuspides vestibulaires et linguaux un sillon antéro-postérieur capable de loger un gros demi-jonc, voir fig. 3, 4 et 7.

C'est la seule préparation à faire subir à la dent et elle est très bien tolérée. Je prends alors en bouche une empreinte au plâtre de chaque dent ainsi préparée, je la coule en revêtement gros grain d'Ash, je dépouille le modèle et prépare la cire. Celle-ci doit remplir le sillon creusé dans le sens antéro-postérieur, elle constitue de la sorte un demi-jonc et il faut le continuer, en le modelant, sur les bombés vestibulaire et lingual de la dent ; on obtient ainsi un anneau de cire qui va la sertir, anneau divisé en deux par la cire du sillon. Je coule cet anneau à étai en or à 20 carats.

Cette préparation ne peut s'appliquer qu'aux dents piliers

suffisamment isolées, en raison de l'épaisseur qu'il faut donner à l'anneau ; la grosse molaire (pilier postérieur) devra donc toujours être seule ; quant à la prémolaire (pilier antérieur), si sa face mésiale entre en contact avec la dent voisine ou si, pour une raison d'esthétique, on désire ne pas montrer de métal, on devra, après avoir creusé le sillon antéro-postérieur, en creuser deux nouveaux perpendiculaires au 1er sur les côtés mésial et distal comme dans une préparation de Carmichael (fig. 6, a b et fig. 8 *bis*).



Les deux anneaux à étai étant ajustés sur les dents piliers et articulés, je prends l'empreinte et confectionne le bridge d'après les principes habituels.

Le bridge se place aisément parce que ses anneaux n'épousent que la partie des dents qui est de dépouille.

Je trouve à cette méthode les avantages suivants : le meulage subi par les dents piliers intéresse surtout l'émail, il est insensible et ne compromet nullement la vitalité des dents, le ligament n'est pas intéressé, les collets pourront être nettoyés et surveillés ; en un mot, on réalise le minimum de mutilation sans compromettre la solidité du pont.

LE PERBORATE DE SOUDE : SUCCÉDANÉ DE L'EAU OXYGÉNÉE

Par J. MIRAN, de Vannes.

Peu nombreux sont les confrères qui connaissent et prescrivent le perborate de soude comme antiseptique buccal. Moins nombreux encore sont les formulaires dentaires qui traitent de cette substance. Pour ma part, dans aucun des formulaires dentaires qui sont en ma possession, je n'ai pu découvrir le nom de cet agent microbicide. Qui plus est, les pharmaciens du chef-lieu de département où j'exerce ma profession, ignoraient, jusqu'à mon arrivée, l'existence de ce produit. C'est ce qui m'a décidé à venir entretenir un instant mes confrères de ce précieux succédané de l'eau oxygénée, qu'on appelle le perborate de soude.

F. Jaubert a préparé le premier le perborate de soude, en mettant au contact de l'eau distillée, du peroxyde de sodium et de l'acide borique pulvérisé à parties égales et mélangées. Il se dépose au bout de douze heures des cristaux de perborate de soude. Le commerce nous livre ce produit sous forme de poudre blanche. — Comme l'eau oxygénée, le perborate de soude agit en dégageant de l'oxygène et de l'ozone, il en dégage spontanément ou en présence des acides.

Le perborate de soude, c'est donc de l'eau oxygénée à l'état latent ; il jouit des mêmes propriétés thérapeutiques que cette dernière. Il a sur l'eau oxygénée liquide les avantages suivants :

1° On a toujours des solutions fraîches, en ce sens qu'avec le perborate on prépare son eau oxygénée extemporanément ;

2° Les solutions perboratées sont chimiquement pures et nettement alcalines, alors que l'eau oxygénée du commerce est toujours acide et, pour certains, légèrement caustique ; à moins qu'on ait soin de neutraliser cette dernière avec du borate de soude comme le préconisent Ruault et Lépinois

ou bien qu'on la sature avec du biborate de soude jusqu'à réaction alcaline au papier de tournesol ;

3° Le perborate de soude, sous forme de poudre se conserve indéfiniment, alors que l'eau oxygénée ne se conserve plus une fois en bouteille, ou le flacon débouché ;

4° Son prix est très modeste comparativement à celui de l'eau oxygénée.

Le perborate a une saveur qui n'est pas trop désagréable. Il est soluble dans l'eau froide, un litre d'eau à 20° en dissout 25 grammes ; ce qui donne une solution d'eau oxygénée à 3 et 4 volumes, c'est-à-dire, qu'elle contient 3 et 4 fois son volume d'oxygène à l'état naissant, soit 3 et 4 litres d'oxygène pour un litre de solution.

L'addition d'acide borique, tartrique ou citrique augmente ce coefficient de solubilité et donne une solution neutre ou à peu près neutre d'eau oxygénée à 10 et 12 volumes.

Il est certains praticiens qui ont l'habitude de prescrire le perborate de soude en solution préparée par le pharmacien, ils ignorent, je supppse, que le perborate (eau oxygénée en poudre) comme l'eau oxygénée liquide (eau oxygénée du commerce) ne se conserve pas bien en solution.

Voici pour ma part comment je prescris le perborate : je recommande d'en mettre une demi-cuillerée à café dans un verre d'eau filtrée ou bouillie au préalable, eau tiède de préférence, mais pas chaude, si l'eau était chaude, l'oxygène se dégagerait avant même que le malade n'eût le temps de se servir de sa solution. Suivant les cas, on pourrait sans inconvénient conseiller une solution plus concentrée.

Je prescris le perborate depuis longtemps et il m'a toujours donné d'excellents résultats. Au cours d'une de mes conférences sur l'hygiène buccale, j'ai recommandé son emploi aux élèves de l'Ecole normale dont le directeur a plus d'une fois attiré mon attention sur les effets bienfaisants de ce produit. « Je crois pouvoir déclarer, me dit-il dans un petit rapport qu'il vient de m'adresser, que le perborate de soude a produit des effets bienfaisants non seule-

ment à l'égard des dents et des gencives, mais de la gorge et même du nez, car j'ai noté moins de cas d'angine et moins de cas d'encombrement des fosses nasales. Et il ajoute : « mon expérience personnelle est particulièrement probante à cet égard. Je n'ai jamais cessé d'user du perborate de soude depuis le jour où vous l'avez conseillé aux élèves et je m'en suis bien trouvé. »

J'ai donc la conviction que dans le perborate de soude, nous avons un excellent antiseptique buccal, si ce n'est le meilleur, un antiseptique surtout inoffensif, donnant dans la bouche les meilleurs résultats. Pourquoi donc ne le prescririons-nous pas à nos malades ; d'autant plus que de par son bon marché, il est à la portée de toutes les bourses. — Depuis que je connais le perborate, je l'ai toujours préféré aux autres désinfectants, auxquels je le crois supérieur.

J'ai fait cette modeste communication pour les confrères qui seraient embarrassés dans le choix de l'antiseptique à prescrire, afin de leur faire savoir ou du moins pour leur rappeler qu'ils ont à leur disposition un excellent antiseptique qu'ils pourraient prescrire en toute confiance, et qu'on appelle le perborate de soude.

TECHNIQUE

LE TARAUDAGE

Théorie.

Le tracé d'une vis se détermine par l'enroulement en hélice d'un *filet*. La quantité dont la vis avance ou recule, lorsqu'on lui fait exécuter un tour complet sur elle-même, constitue le *pas de vis* (p). La *forme* du filet peut varier à l'infini, on peut en imaginer de toute sorte : carrée, pointue, tronquée, etc... à *enroulement* dextre ou senestre. Pratiquement cependant il est nécessaire de posséder un système de pas de vis et de filets toujours identiques à eux-mêmes et correspondant à des types universellement connus (tout en conservant à certaines vis spéciales leur filet et leur enroulement particulier). Un système international (S. I.) a été élaboré sur une base métrique, adopté par un Congrès international réuni à Zurich et voici les principales dispositions de cette unification.

L'enroulement du filet est *dextre* (de gauche à droite). Le profil du filet (fig. 1) est obtenu par la troncature d'un triangle équilatéral dont le côté, placé parallèlement à l'axe de la vis, est égal à la hauteur du pas de vis. Cette troncature est déterminée par deux parallèles à l'axe de la vis. La hauteur de chaque troncature est égale au 1/8 de la hauteur du triangle équilatéral primitif.

La hauteur du filet (H) mesurée entre les troncatures est par suite égale à 8/8—2/8 = aux 3/4 de la hauteur du triangle équilatéral (h). Il existe donc une relation entre la hauteur du filet et le pas de vis. C'est approximativement le pas × 0,6495.

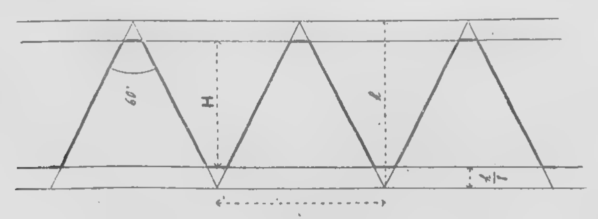


Fig. 1. — Profil du filet (S. I.).

Les vis pleines et les vis creuses ou écrous se correspondant ont théoriquement un même filet, mais afin de tenir compte des tolérances d'exécution et du jeu indispensable entre les deux vis, il est

entendu que le profil fixé est un profil par excès pour la vis pleine, par défaut pour la vis creuse. La valeur de l'écart entre les deux vis dépend de l'usage et de la résistance demandés aux vis, pourtant en aucun cas elle ne devra dépasser 1/16 de la hauteur du triangle primitif.

Le *diamètre* d'une vis se mesure à l'extérieur du filet tronqué et s'exprime en millimètres. Entre les diamètres métriques prévus par le système international peuvent s'intercaler d'autres diamètres, mais alors le pas de vis sera le pas de la vis prévue qui lui est immédiatement inférieure.

En ce qui concerne la prothèse, les vis ayant un diamètre inférieur à 2 mm. 5 seules sont intéressantes. C'est ce que le système international réglemente sous le nom de *vis de la série horlogère.*

Les diamètres des vis varient par 1/10 de mm., de 2 mm. 5 à 1 mm., puis par 0,5/10 jusqu'à 0 mm. 4 terminant la série.

Les pas égaux approximativement au 1/4 des diamètres, eu égard aux propriétés mécaniques des métaux employés dans la confection des vis, varient de 2 en 2 vis par 3/100 de mm. jusqu'à 1 mm., puis par 2/100 jusqu'à 0 mm. 4.

Le tableau ci-dessous résume ce qui précède :

DIAMÈTRES	PAS	DIAMÈTRES	PAS
2 m/m 50	0 m/m 45	0 m/m 95	0 m/m 21
2 » 40	0 » 45	0 » 90	0 » 21
2 » 30	0 » 42	0 » 85	0 » 19
2 » 20	0 » 42	0 » 80	0 » 19
2 » 10	0 » 39	0 » 75	0 » 17
2 » 00	0 » 39	0 » 70	0 » 17
1 » 90	0 » 36	0 » 65	0 » 15
1 » 80	0 » 36	0 » 60	0 » 15
1 » 70	0 » 33	0 » 55	0 » 13
1 » 60	0 » 33	0 » 50	0 » 13
1 » 50	0 » 30	0 » 45	0 » 11
1 » 40	0 » 30	0 » 40	0 » 11
1 » 30	0 » 27		
1 » 20	0 » 27		
1 » 10	0 » 24		
1 » 00	0 » 24		

OUTILLAGE.

On peut obtenir une vis soit au tour à fileter, soit à l'aide de la filière à tarauder et des tarauds. En prothèse on a toujours recours au taraudage parce que les vis sont de faibles dimensions.

Les *filières à tarauder* servent à la confection des vis pleines. Il en existe deux sortes : les filières simples et les filières doubles.

La *filière simple* est constituée par une vis creuse percée dans

une plaque d'acier, recuit à l'aide d'un taraud et trempée consécutivement.

La *filière double* est composée de deux coussinets formant par leur contact une vis creuse et enchâssés dans des rainures parallèles au centre du fût de la filière. Les coussinets ont subi la même trempe que pour la filière simple. C'est la plus employée. Dans les deux cas la vis creuse a son filet interrompu par des rainures perpendiculaires à son axe, afin de permettre aux copeaux de métal enlevés par la vis creuse sur la tige à tarauder de sortir au dehors. Souvent ces rainures coïncident avec l'intervalle qui sépare les deux coussinets. Ce dernier détail a son importance pour un jeune prothésiste non prévenu, car, en serrant à fond les coussinets lors de la confection d'une vis pleine, il approfondit beaucoup trop le filet, qui ne correspond plus au diamètre de la vis et il obtient une vis pleine n'ayant aucune fixité dans la vis creuse de même pas.

Voici comment cette malfaçon peut être évitée. Dans la filière double les coussinets sont maintenus en contact par une vis de serrage (V) placée perpendiculairement aux coussinets. Avant tout emploi mettre le taraud correspondant entre les deux coussinets et serrer la vis V jusqu'à ce que le tarraud tourne dans sa partie inférieure sans effort ni ballottement. Tracer alors sur la gorge de la vis V et sur le cylindre attenant au fût de la filière des points de repère situés dans l'axe de la filière (voir fig. 2). Ces points de repère indiqueront, lorsqu'ils seront en face l'un de l'autre, l'endroit exact où le pas de vis que l'on exécute est terminé.

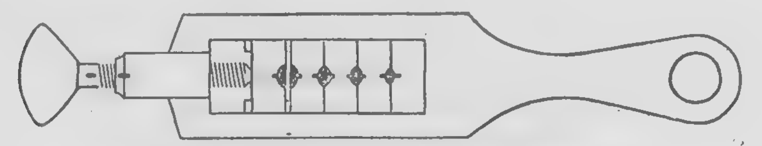


Fig. 2. — Filière double à plusieurs coussinets.

Dans une filière double possédant de nombreux coussinets cette épreuve doit donner, si la filière et les tarauds sont justes, une même correspondance des points de repère pour tous les tarauds. C'est un moyen de vérifier l'exactitude de sa filière et de ses tarauds.

Les tarauds sont des tiges d'acier trempé, dont le pas de vis correspond à celui des vis creuses de la filière et sur lesquels on a abattu des pans ou creusé des rainures qui rendent coupants les angles des filets.

On en distingue trois sortes :

1° Le taraud-mère ;
2° Le taraud conique ;
3° Le taraud cylindrique.

Le taraud-mère est celui qui a servi à tarauder les coussinets de la filière. C'est celui qui est livré avec la filière. Il est cylindrique. C'est un taraud qui sert d'étalon, il ne sert qu'à reproduire le pas de vis lorsque les coussinets sont usés.

Le taraud conique sert à tracer le pas de vis lorsqu'on confectionne une vis creuse ou un écrou. Nous allons voir comment cette conicité lui est assurée et quelle doit être sa valeur.

Enfin le *taraud cylindrique* sert à finir le pas de vis lorsque le taraud conique l'a tracé.

Les tarauds sont cassants et il est nécessaire de savoir les exécuter pour parer aux inconvénients de leur fracture. Leur confection est presque identique à celle d'une vis pleine, les seules différences consistent en un recuit préalable suivi d'un refroidissement lent de la tige d'acier employée et dans la trempe de la pièce lorsqu'elle est terminée.

Technique.

En prothèse une bonne filière doit posséder les quatre diamètres suivants et leurs pas de vis correspondants.

2 mm. Vis de Jack, vis de rappel ou de propulsion.
1 mm. 7 Vis de porte-ressorts.
1 mm. 5 Extrémités des arcs de redressement.
Vis de voile à clapet Delair.
Vis de fixation pour bridges.
1 mm. 2 Vis pour bridges et en prothèse restauratrice.

Les alliages de choix sont les ors à 14 karats et le platine iridié. Dans les alliages de prix moins élevé les maillechorts et le bronze d'aluminium à 8 0/0 d'Al.

Confection d'une vis pleine. — La tige de métal est préalablement recuite à la flamme d'un Bunsen et mensurée au palmer. On la fixe dans l'axe d'un étau à main et l'extrémité libre est introduite entre les coussinets, la filière étant immobilisée dans la main gauche. Après un très léger serrage des coussinets, on graisse d'un soupçon de vaseline ou d'huile de spermaceti les rainures perpendiculaires à la vis creuse. Le graissage aura pour effet de lubréfier les points de frottement et de retenir dans les rainures les petits copeaux de métal précieux jusqu'à ce qu'un petit coup de blaireau vienne les faire tomber dans le tiroir à limailles. Alors, sans hâte, tenant l'étau à main de la main droite, qui prend point d'appui sur la cheville et perpendiculairement à la filière, on fait progresser le fil entre les coussinets amorçant ainsi la rainure. Un tour et demi en avant, un tour en arrière et ainsi de suite jusqu'à complète progression. Puis à nouveau retour au point de départ et serrage léger des coussinets. Les deux voyages accomplis de la sorte, recuit de

la tige sur le Bunsen. Et l'on continue jusqu'à ce que les points de repère tracés sur la gorge de la vis de serrage et sur le cylindre attenant au fût arrivent en contact. Le dernier recuit peut être négligé, si la vis ne doit pas aller au feu, de façon à écrouir le métal et à le rendre plus résistant. Puis, à seule fin d'assurer le jeu nécessaire entre la vis pleine et la vis creuse, on dépasse très légèrement le point de repère (pas plus de 1/16 de la hauteur du triangle équilatéral primitif. Nous avons vu que serrer à fond les coussinets était une grosse faute).

S'il s'agit d'un taraud cylindrique, ce point de repère ne doit pas être dépassé, sinon le taraud exécuterait des vis creuses trop étroites ; mais au contraire dans les tarauds coniques la conicité du taraud est assurée par ce serrage exagéré des coussinets allant en croissant jusqu'à l'extrémité libre où il atteint une certaine valeur. Cette valeur doit être égale à la hauteur du filet × 2.

Rappelons que la hauteur du filet est donnée par le pas × 0,6495

Soit pour	2 m/m	0,39	×	0,6495	=	0,25
	1,7	0,33	×	»	=	0,214
	1,5	0,30	×	»	=	0,194
	1,2	0,27	×	»	=	0,175

C'est-à-dire que le diamètre à l'extrémité supérieure du taraud doit être le diamètre de la partie cylindrique moins deux fois la hauteur du filet.

Soit pour	2	m/m		1	m/m	5
»	1	»	7	1	»	27
»	1	»	5	1	»	11
»	1	»	2	0	»	85

Pour rendre régulière cette conicité on pourra graduer le cylindre attenant au fût et ayant déterminé une première fois le nombre de degrés nécessaire pour arriver au diamètre voulu on répartira le serrage par degrés sur toute la longueur de la partie conique du taraud.

Une dernière opération consiste en une minutieuse vérification à la loupe de la pièce exécutée pour constater l'absence de bavures ou de défauts.

Confection d'une vis creuse. — L'écrou est autant que possible du même métal que la vis pleine pour éviter tout cisaillement du filet. On le taille dans une tôle plus épaisse que le diamètre de la vis (ce diamètre correspond à la hauteur minimum que doit avoir un écrou court), puis après un dégrossissage quadrangulaire ou pentagonal suivant la forme à donner à l'écrou on le perce en son centre d'un orifice ayant comme diamètre le diamètre de la vis moins deux fois la hauteur du filet.

Ces orifices ont ainsi le même diamètre que l'extrémité des tarauds coniques, l'engagement du taraud conique se fait donc facilement. On le graisse très légèrement et on le fait progresser de la même façon que pour la confection d'une vis pleine. Un tour et demi en avant un en arrière. Recuit tous les trois ou quatre tours complets de taraud et bien le maintenir dans l'axe du tube ou de l'écrou pendant tout son trajet. On achève ensuite le pas à l'aide d'un taraud cylindrique de même pas de vis. S'il s'agit d'un tube on l'immobilise à l'aide des mâchoires en plomb de l'étau à main. L'épaisseur de la paroi du tube doit être au moins égale à deux fois la hauteur du filet.

Enfin si un taraud casse dans un écrou ou un tube on peut réparer ce désagréable accident lorsque la pièce est de métal précieux en la plongeant pendant 24 heures dans l'eau de Javel.

Ch. BENNEJEANT, de Clermont-Ferrand.

REVUE DES REVUES

LA TRAJECTOIRE DU CONDYLE, SON IMPORTANCE COMME FACTEUR DANS L'EFFORT MASTICATOIRE

Par J. H. PROTHERO, de Chicago.

La mâchoire inférieure avec le maxillaire supérieur peut être considérée comme une machine à broyer, triturer et préparer les aliments pour les introduire dans le tube digestif. C'est un levier double ou divergent du 3e genre (la force étant appliquée entre le point d'appui et la résistance à vaincre). Contrairement au levier ordinaire, les têtes de condyle qui représentent les extrémités du point d'appui de la mâchoire ne sont pas limitées à des points spéciaux de rotation, mais se déplacent ou glissent dans des voies déterminées formées par les parois antérieures de la fosse glénoïde et l'éminence articulaire, située immédiatement en avant. Cette voie est connue sous le nom de trajectoire du condyle.

La trajectoire du condyle varie grandement avec les individus, quant à l'angle d'inclinaison ; en passant en avant et en bas, on constate des positions variant entre un plan horizontal et un angle de 70°. Souvent le même sujet présente une différence marquée dans les deux voies.

Normalement les cuspides des dents et les dents elles-mêmes dans leurs arcades sont placées de telle manière que dans les mouvements de latéralité et de protrusion les cuspides des dents inférieures glissent librement dans des voies définies entre celles des dents du dessus, sans se gêner : il y a coordination de mouvement entre les condyles dans leurs voies et les dents inférieures contre les dents supérieures dans leurs voies, ce qui permet de fournir la totalité d'effort masticatoire nécessaire, sans trouble ni manque de coordination.

Abstraction faite des cuspides, les dents du haut représentent une section de sphère convexe et les dents du bas une section de sphère concave de même dimension. Le centre de cette sphère occlusale varie, car il est situé à une distance allant de 125 mm. au-dessus des plans occlusaux jusqu'à l'infint. Le centre à partir duquel se développent les plans occlusaux est aussi le centre de la ligne courbe de la voie du condyle, dans laquelle le condyle se meut dans un effort masticatoire. Cela établit nécessairement une relation de coïncidence de parallélisme entre ces deux points de contact glissant et coordonne l'action.

Telle est la méthode naturelle qu'on constate dans l'appareil masticatoire humain normal et, en l'étudiant, Bonwill a conçu et développé le procédé de construction des dentiers qui porte son nom. Toutefois ce système ne permettait pas de tenir compte des variations des voies du condyle et ne donnait pas le moyen de monter exactement des modèles sur l'armature d'occlusion, et si les dentiers construits d'après ce système étaient parfois satisfaisants, dans beaucoup de cas les mouvements latéraux n'étaient pas possibles en raison du manque de coordination entre les plans occlusaux des dents et les voies des condyles.

Bowdich et Luce en 1889 et Walker en 1894 sont parvenus à déterminer exactement les mouvements des condyles, mais pratiquement cela n'a pas été utilisé.

Il restait à trouver pour rendre leurs découvertes utilisables :

1° Un moyen simple de déterminer l'inclinaison angulaire des voies du condyle dans chaque individu. Christensen et Gysi ont imaginé, pour y arriver, des méthodes pratiques, différant légèrement par les détails, mais arrivant aux mêmes résultats ;

2° Une armature d'occlusion ou articulateur pouvant reproduire les mouvements masticatoires de chaque patient. Walker, Kerr, Snow, Christensen et Gysi ont imaginé des appareils pouvant imiter plus ou moins exactement les mouvements du maxillaire inférieur ;

3° Un moyen de monter exactement des modèles sur l'armature d'occlusion de façon que leurs plans alvéolaires aient les mêmes rapports avec les charnières ou points de rotation que les plans naturels ont avec les condyles. *L'arc de face* imaginé par Snow et le *registre du condyle* imaginé par Gysi conviennent bien pour cela.

Comme dans les bouches édentées, les seuls guides du mécanisme de mastication sont les voies des condyles, il est bon d'indiquer le mode de construction des dentiers du haut et du bas.

Pour les empreintes un composé à modeler de bonne qualité vaut mieux que le plâtre ; néanmoins il est contre-indiqué quand les bords sont flasques, quand il y a des dents naturelles ou quand il y a des rainures. Mettre ce composé dans un porte-empreinte et prendre une empreinte exacte. Sortir de la bouche, refroidir, enlever le surplus. Placer au-dessus d'une lampe à alcool ou flamme de Bunsen et réchauffer les surfaces empreintes à la profondeur de 1 à 2 mm. Plonger l'empreinte vite dans l'eau chaude pour empêcher le composé d'adhérer aux tissus, remettre dans la bouche. Presser sur le porte-empreinte 3 ou 4 minutes. Quelquefois on refroidit et l'on rechauffe une 2e fois. La pression repousse la mince couche de composé amolli de la zone dure à la zone molle et assure un ajustement uniforme du dentier sur

les tissus. Une fois définitivement refroidie la portion palatine centrale de l'empreinte doit être légèrement grattée non pour former une chambre vide, mais pour alléger la pression du dentier sur la zone dure qui existe si souvent à cet endroit. Ordinairement la surface grattée doit légèrement s'étendre au delà de la zone dure et en profondeur ne doit pas dépasser 1/2 mm. les bords se terminant en pointe.

La tendance de tous les plâtres est de se dilater en pressant, quand ils sont limités par les côtés de l'empreinte et du porte-empreinte, il y a un gaufrage du modèle, la portion palatine s'élevant légèrement. Pour obvier à cela enlever l'empreinte aussitôt que cela est possible après la prise du plâtre constituant le modèle, c'est-à-dire 10 à 15 minutes après avoir rempli l'empreinte. Ce procédé empêche le gaufrage mais non la dilatation, qui se continue pendant 24 heures, on compense l'expansion en pratiquant une rainure ronde, peu profonde autour de la périphérie labiale et buccale et une rainure bien nette en pente au travers de la portion palatine du modèle au point où le bord distal de la denture se termine.

Les modèles doivent être suffisamment épais pour résister à l'effort exercé en fermant le moufle bourré, 8 mm. au moins à l'endroit le plus mince.

Pour confectionner les plaques-bases, estamper celles-ci, les ajuster dans la bouche et les façonner pour corriger le contour de la périphérie. Les plaques-bases de vulcanite doivent être rigides, ne pas céder, être conformées d'après le modèle et façonnées. La plaque-base *Idéal* est la meilleure à cet égard, parce qu'elle peut résister à l'effort et ne s'amollit pas sous la température de la bouche. Elle se vend en deux épaisseurs, la plus épaisse est préférable.

Le modèle est placé, la face en haut, sur l'établi, une feuille de plaque-base *Idéal* ajustée également dessus; on chauffe avec le chalumeau. Quand il commence à s'amollir et à prendre, on peut le façonner aisément avec les doigts, en ne pressant pas trop, pour ne pas amincir et affaiblir, et en ne chauffant pas trop pour ne pas faire adhérer au modèle. On enlève l'excès à la périphérie avec une spatule pointue et chaude, comme avec un couteau et en égalisant les bords avec une lime à gros grains. Pour la vulcanite, vulcaniser d'abord les plaques-bases, fixer les dents ensuite, car les plaques-bases conservent mieux leur position et ne se brisent pas ensuite.

Sur les plaques-bases, quelles qu'elles soient, fixer solidement des morceaux de cire dure bien malaxée et pour représenter la longueur et la position des dents et la résorption du procès alvéolaire, s'il y a lieu. Ces morceaux doivent avoir 8 à 10 mm. de large et être plats d'avant en arrière ainsi que d'un côté à l'autre.

Pour introduire les plaques-bases dans la bouche, déterminer d'abord la longueur exacte du bord de cire supérieur et la hauteur du bord de cire inférieur. Supposons un patient ayant toutes ses dents naturelles et occlusion normale : la distance entre le menton et quelques points du crâne, fixés par la suite est, par exemple, de 20 cent., au bout de quelque temps le patient revient pour se faire faire une pièce parce qu'il a perdu les dents d'une arcade ou des deux arcades. Les bords de cire des plaques doivent être assez longs pour mettre la mâchoire inférieure dans sa position primitive et le compas appliqué de nouveau, doit donner la même mesure (20 cent.) que précédemment. On doit ainsi rétablir le profil facial normal.

Comme il n'est pas pratique de suivre ce procédé, on détermine le profil facial en observant la position des lèvres quand elles reposent sur les plaques-bases. Le bord de la plaque supérieure doit s'étendre à 1 mm. au-dessous de la lèvre supérieure quand celle-ci est au repos. Le bord inférieur doit avoir une longueur telle que quand il vient en contact avec la supérieure, la lèvre inférieure puisse prendre sa position normale de repos contre la lèvre supérieure sans exiger d'effort musculaire pour fermer. Si le bord est trop court, les lèvres sont plissées et le profil perpendiculaire de la face est accourci anormalement ; si le bord est trop long, l'inverse se produit.

De plus, il faut restaurer avec soin la convexité de la face. Les éminences des cuspides doivent être développées suffisamment pour combler partiellement la dépression s'étendant des ailes du nez jusqu'aux angles de la bouche. Les faces des adultes pourvus de toutes leurs dents présentent presque sans exception une dépression dans cette situation et parfois une ride marquée, de sorte que la tentative pour combler la dépression a pour résultat de dénaturer les traits. En donnant le soin voulu aux contours des bords de cire on évite les changements et la perte de temps qui s'ensuit, puisque le contour donné à la cire détermine la position des dents dans leurs arcades. Marquer les lignes, hautes et basses des lèvres sur les bords pour indiquer la longueur des dents appropriée au cas, de sorte qu'on ne voie ni trop de porcelaine ni trop de gencive quand le dentier sera introduit dans la bouche.

Ces diverses opérations précèdent l'application de l'arc facial ; mais il faut, pour cette application :

1° Enlever la plaque d'articulation supérieure et après avoir chauffé l'extrémité en croissant de la tige de cet arc, l'introduire dans le bord de la cire assez profondément pour les fixer solidement l'un à l'autre. Enlever la tige car elle dérangerait la plaque-base en prenant l'articulation et remettre la plaque d'articulation supérieure en position dans la bouche.

2° Fixer l'emplacement des extrémités du condyle et comme cela ne peut se faire qu'en notant les mouvements des condyles, il faut le faire avant de juxtaposer les plaques-bases. Les extrémités sont d'ordinaire à 12 mm. en avant du méat auditif externe et sur un plan horizontal avec celui-ci. Toutefois cette situation varie légèrement avec les individus. Mettre le doigt au point indiqué et faire ouvrir et fermer légèrement la mâchoire inférieure du patient un certain nombre de fois. La partie supérieure de la pointe du doigt doit rester sur le bord immobile de la fosse glénoïde et l'extrémité du condyle, quand celui-ci est en mouvement, est juste au-dessous. Chez certains sujets le bord glénoïde déborde sur l'extrémité du condyle et le tégument et le tissu adipeux interposé sont si épaissis qu'ils rendent la découverte difficile. Dans ce cas une pression considérable exercée en dedans et vers le bas, avec des mouvements répétés du condyle, permet de déterminer exactement la position des extrémités du condyle.

Indiquer par un pointillé au crayon mou le tégument opposé aux extrémités du condyle afin que, en ajustant l'arc facial, leur situation exacte puisse être trouvée sans retard.

Pour prendre l'articulation, recommander au patient de relâcher les muscles et de laisser l'opérateur ouvrir et fermer la mâchoire inférieure à volonté. Les plaques-bases en position les muscles étant relâchés, saisir le menton avec les doigts et ouvrir et fermer la mâchoire inférieure un certain nombre de fois, en exerçant une légère pression en haut et vers le bas pour amener les condyles dans leur fosse. Avec des manipulations répétées les plaques-bases frapperont exactement le même endroit chaque fois. Cela fait recommander au patient de tenir la mâchoire fermée, tandis que les quatre tiges pointues sont enfoncées dans les bords de cire pour maintenir les plaques-bases dans leurs relations l'une par rapport à l'autre.

Remettre la tige de l'arc facial dans la rainure préalablement préparée dans le bord supérieur de cire et presser fortement en place. Quelquefois on fond la cire contre la tige pour la maintenir mieux en place, ainsi que les plaques et l'arc facial pendant l'enlèvement de la bouche.

Le grand clamp central de l'arc facial est alors passé dans la tige et l'arc abaissé jusqu'à ce que les tiges soient opposées aux extrémités du condyle ; elles sont alors pressées dedans jusqu'à ce qu'elles reposent solidement contre les points indiqués préalablement. L'arc doit être équilibré pour qu'on ait le même nombre de graduation entre l'intérieur de chaque bras et la face. Si les tiges sont ajustées inégalement, les modèles sont rejetés en dehors de la ligne médiane quand ils sont montés sur le bâti. Les écrous des clamps sur chaque tige sont serrés fortement puis le clamp

central est fixé à la tige d'occlusion, qui établit complètement les relations entre les bords alvéolaires et les condyles. On desserre les clamps latéraux et l'on recommande au patient d'ouvrir la bouche. En saisissant fermement la tige d'occlusion on retire les plaques-bases de la bouche sans difficulté.

On étend complètement les tiges graduées et l'on serre les clamps, ce qui les amène en position pour s'engager dans les extrémités saillantes des charnières de la monture auxquelles on les ajuste, les plaques d'occlusion étant entre les arcs supérieur et inférieur de la monture. On rabat en arrière l'arc supérieur, on place le modèle supérieur dans sa plaque-base en l'y maintenant solidement, on laisse tomber l'arc dessus et l'on réunit les deux avec du plâtre. Quand celui-ci a pris, on engage la monture et l'on fixe le modèle inférieur de la même manière, puis on enlève l'arc facial et la tige. Cela complète le montage des modèles sur la monture d'occlusion.

On peut alors repérer la trajectoire du condyle et faire correspondre les trajectoires de la monture avec celles du patient.

La méthode de Christensen consiste à remettre les plaques-bases dans la bouche et à faire avancer au patient la mâchoire inférieure, à la lui faire fermer dans la position de protrusion et à prendre l'empreinte.

Avant de lui faire fermer la bouche, on place des rouleaux de cire entre les bords des deux côtés dans la région de la première molaire et quand le patient ferme la bouche, la cire interposée pousse chaque plaque-base solidement contre son bord et conserve l'espace formé entre les parties distales des plaques-bases et dû à l'abaissement du condyle dans sa trajectoire. Les plaques-bases en avant doivent être en contact, celles du bas faisant saillie. On maintient les rapports en appliquant les quatre tiges pointues. Au lieu de cire, on emploie maintenant les jauges Snow, parce qu'elles empêchent la tendance des plaques-bases à glisser et à se déplacer quand on les retire de la bouche. On desserre les clamps qui régularisent les trajectoires des condyles de la monture et l'on décroche le ressort d'arrière, ce qui donne aux modèles un mouvement plus étendu.

On met en place les plaques-bases, toujours en saillie et fortement unies ensemble, l'inférieure étant soigneusement ajustée à son modèle. Le modèle supérieur est déplacé en arrière et doucement mis dans sa plaque-base. Les rainures de la monture prennent diverses positions pendant cette phase ; mais comme le modèle supérieur reste sur sa plaque-base, les rainures prennent la même inclinaison angulaire que traversent les têtes de condyle en produisant l'occlusion en protrusion (fig. 1).

Serrer les écrous de clamps réglant les rainures du condyle, enlever les crampons et jauges d'occlusion, remettre le ressort d'arrière pour remettre les modèles dans le même rapport entre eux que lors du montage, le seul changement ainsi obtenu étant d'ajuster les trajectoires du condyle pour satisfaire aux besoins de chaque cas.

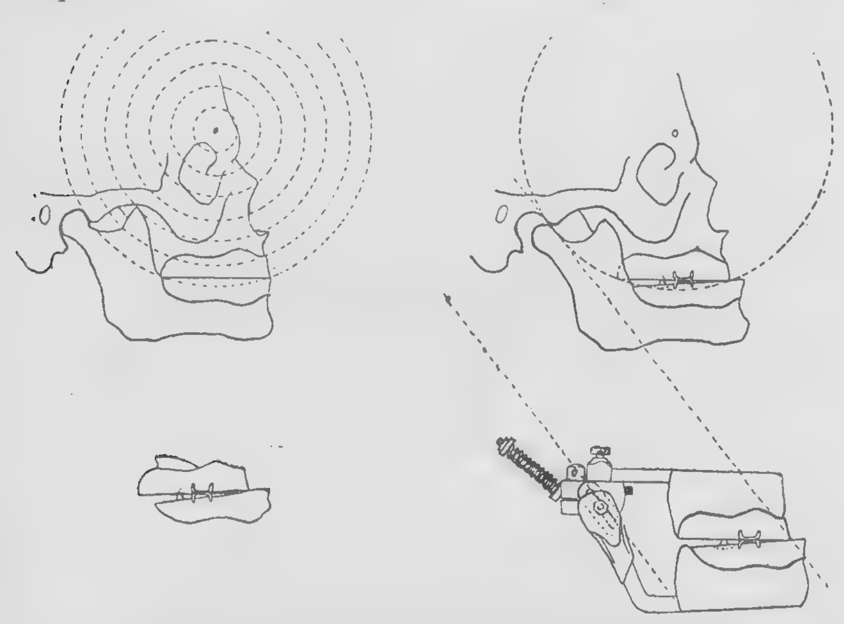


Fig. 1. — Relations des plaques-bases dans leur position normale et leur position de protrusion, enlèvement des plaques-bases de la bouche et leur remise sur les modèles. Remarquer le parallélisme entre la trajectoire du condyle dans la fig. sup. dr. et les rainures du condyle de la monture.

Comme la trajectoire du condyle est déterminée et représente une ligne de mouvement de l'appareil de mastication humain, et comme les bords de cire servent de guide pour arranger les dents, labialement, buccalement et occlusalement, il faut maintenant modifier les plans d'occlusion de cire plats pour coordonner avec les lignes de mouvement des condyles dans leurs trajectoires. Pour cela on trace sur les faces buccales du bord de cire inférieur une courbe allant de la position que le cuspide occupera jusqu'aux extrémités distales des bords (fig. 2 et 3).

La courbe doit être formée de façon que, si elle s'étend en arrière elle coïncide avec la trajectoire du condyle de la monture ou lui soit parallèle, suivant le cas. La courbe étant tracée, avec un couteau tranchant on découpe la cire le long de la ligne tracée d'un

seul coup, si possible, et on la reporte sur la plaque-base supérieure directement opposée, en l'y fixant avec une spatule chaude. Se rappeler la forme sphérique des arcades supérieure et inférieure et développer la courbe non seulement d'avant en arrière, mais d'un côté à l'autre. Les deux côtés ainsi traités, on vérifie

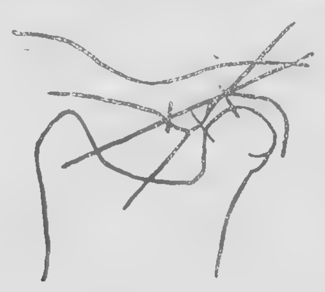


Fig. 2. — Diagramme représentant deux trajectoires possibles du condyle chez le même individu : le moins incliné et le plus long étant produit par une protrusion excessive est par conséquent incorrect. La trajectoire plus profonde représente plus exactement la limite du trajet de la tête du condyle dans l'effort masticatoire normal et s'obtient en faisant avancer par le patient la mâchoire inf. de 5 mm. quand on prend l'empreinte de protrusion.

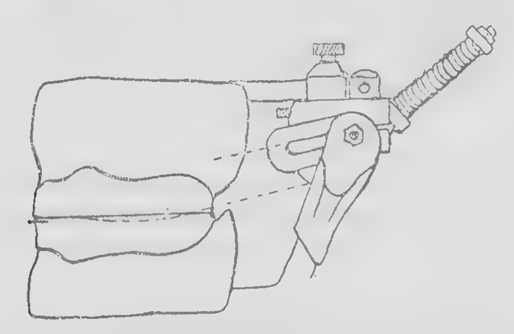


Fig. 3. — Courbe marquée sur la cire inf. à découper ensuite.

l'exactitude du travail en soumettant les bords aux mouvements de protrusion et latéraux de la monture. Cela met au jour les erreurs et permet de les corriger en façonnant ou en ajoutant de la cire çà et là, suivant les besoins. Les plaques-bases une fois façonnées doivent conserver le contact dans leurs régions occlusale et incisale dans ces mouvements et alors elles servent de guides pour arranger les dents. On saupoudre de savon pulvérisé les surfaces de contact des bords pour façonner et ajuster afin d'empêcher les bords de se coller ensemble et de faciliter les divers mouvements.

On dispose les dents d'abord sur la plaque-base supérieure. On

forme en enlevant la cire un espace suffisamment long, large et profond pour recevoir une incisive latérale et l'on met la dent en position, son bord incisif et son contour labial coïncidant avec ces surfaces du bord de cire.

On fond la cire autour des crampons pour la maintenir en position. On enlève un autre morceau de cire et l'on met une autre dent en position, la dernière dent posée et le bord de cire non dérangé servant de guides dans cet arrangement. Chaque dent est disposée de cette manière jusqu'à ce que les 14 soient en place.

La 2e bicuspide inférieure est mise en place d'abord, parce qu'il faut moins meuler et qu'on peut mieux former des zones occlusales ainsi que quand l'arrangement est commencé à la ligne médiane. On ajuste alors les molaires et les premières bicuspides, puis les canines, les latérales et les centrales. Si les 6 dents antérieures sont trop larges ou trop étroites pour remplir l'espace entre les 2 premières bicuspides, en choisir d'autres. Si la disproportion est légère, on peut la corriger en meulant le côté distal des canines et le côté mésial des premières bicuspides des dents de l'une ou de l'autre arcade, suivant la disproportion.

A mesure que chaque dent est placée dans l'arcade inférieure, vérifier l'exactitude de la position et des relations occlusales en soumettant aux mouvements latéral et de protrusion.

Avant de commencer l'arrangement des dents, élargir les rainures centrales des bicuspides et des molaires buccalement et lingualement et d'ordinaire une légère modification est seule nécessaire. Puis, quand on introduit les dentiers dans la bouche, avec du papier carboné les points élevés peuvent être déterminés et aisément réduits, car on distingue ainsi les points de contact qui ne sont pas visibles à l'œil nu. On peut agir ainsi pour tous les dentiers complets, haut et bas, construits par ce système ou par tout autre. Leur meulage dégage les trajectoires des cuspides, de sorte que les mouvements latéraux peuvent se faire plus aisément et que les surfaces occlusales des bicuspides et des molaires engrènent plus intimement que si l'on négligeait cette précaution.

Le contact est désirable et nécessaire tout le long de la ligne des bords buccaux et linguaux des bicuspides et des molaires du côté de la bouche qui agit, tandis qu'il ne doit pas y avoir de contact entre la canine de ce côté et la 2e molaire opposée du côté en équilibre. La cuspide disto-buccale de la 2e molaire inférieure doit être placée de façon qu'elle trouve aisément contact avec la cuspide mésio-linguale de la 2e molaire supérieure, afin d'établir un contact d'équilibre (fig. 4 et 5).

M. Alfred Gysi a imaginé une barre à angles droits qui porte deux bras ajustables, chacun avec une pointe de crayon. En ajus-

tant la barre, fixée à la plaque d'occlusion inférieure, les crayons se trouvent en face des extrémités du condyle et reposent contre des cartes tenues en contact avec la face.

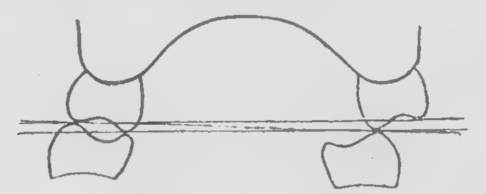


Fig. 4. — Contact des bords marginaux buccal et lingual des dents du côté actif de la bouche. Le côté droit présente un contact d'équilibre.

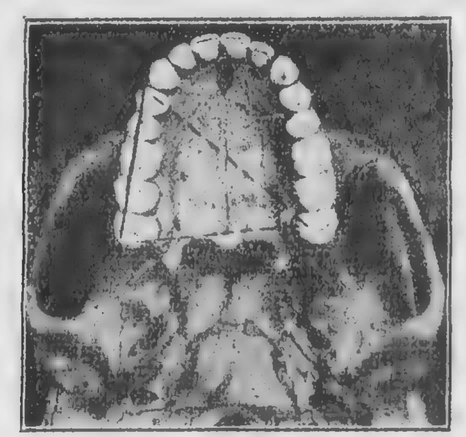


Fig. 5. — Les trois points de contact. La ligne noire de la base du triangle représente le côté actif de la bouche et sur lequel se trouvent plusieurs points de contact entre les bicuspides et les molaires sup. et inf., tandis que le sommet du triangle représente le point de contact en équilibre.

Dans les mouvements du maxillaire inférieur les crayons indiquent la trajectoire exacte suivie par le condyle dans les mouvements en avant et de protrusion. D'après le tracé ainsi obtenu on choisit des tiges à rainure correspondant aux trajectoires du condyle et on les place dans les jointures de la monture d'occlusion ce qui reproduit les mouvements essentiels pour établir la coordination. L'appareil peut aussi être employé comme arc facial pour monter correctement des modèles sur la monture. Les recherches et l'appareil de Gysi constituent un progrès scientifique notable.

La valeur du système de dents en occlusion anatomiquement est incontestée. Bien des patients pour lesquels des appareils ont

été construits d'après cette méthode peuvent mastiquer efficacement au premier essai parce que, en raison de leur disposition les dents suivent leur trajectoire normale sans entrave tandis que les dentiers se soutiennent en position normale dans l'effort masticatoire dû au développement des points d'équilibre de contact ce qui empêche les dentiers de pointer. Si ce procédé demande plus de temps et plus de soin, il donne une plus grande commodité au patient.

(*Dental Summary,* fév. et mars 1913.)

LA PROGÉRIE

Par Arthur KEITH.

En 1897 M. Gilford, de Reading, décrivit un état très remarquable, constaté chez un jeune garçon, état auquel il donna le nom de *progérie* (vieillesse prématurée). Cet enfant, à l'âge de 17 ans (il mourut à 18) ne mesurait que 1 m. 13 (taille d'un enfant de 7 ans normal) et ne pesait que 16 kilog. En 1886 Sir Jonathan Stutchinson avait décrit un cas d'absence congénitale de cheveux et de glandes mammaires, avec atrophie de la peau et de ses appendices chez un enfant dont la mère était presque chauve par suite d'alopécie depuis l'âge de 6 ans. Les photographies de ces deux enfants présentaient une telle ressemblance qu'on pouvait les prendre l'un pour l'autre. En 1910 MM. Variot et Pironneau décrivirent le cas d'une jeune fille, absolument identique aux cas anglais, sous le titre: le nanisme type sénile (progérie de Gilford).

La progérie ne se produit pas chez les enfants normaux, elle se présente seulement chez ceux qui ont une croissance retardée ou arrêtée. La progérie est ainsi un double état: 1° le corps est arrêté ou retardé dans son développement; 2° il est prématurément soumis à des changements séniles. L'infantilisme et le sénilisme existent à la fois dans le même individu. C'est ainsi qu'en 8 mois un enfant de Saint-Louis a atteint le développement de la tête et de la face auquel arrivent d'ordinaire les hommes entre 40 et 50 ans, et semble avoir passé dans l'espace de 8 mois à un état de virilité imparfaite.

J'ai deux raisons d'appeler l'attention sur la progérie : la première, c'est de voir si la progérie est aussi rare qu'on le suppose; la seconde, c'est de décrire les changements survenus dans le squelette d'un jeune homme mort à 18 ans et présentant manifestement les traits caractéristiques de la progérie.

Caractères du crâne. — La boîte cranienne est presque de dimen-

sion normale et la partie faciale du crâne a été arrêtée dans son développement et sa croissance, elle est infantile dans ses dimensions. Cet arrêt est plus marqué que dans toute autre maladie.

Cavité et boîte craniennes. — Le crâne, au point de vue fonctionnel, comprend 3 parties : 1° les parois craniennes moulées sur le cerveau et destinées à le protéger ; 2° les parties faciales et l'appareil masticatoire ; 3° les parties modifiées pour la fixation du crâne au corps. Le patient avait une intelligence particulière, mais non défectueuse. La capacité cranienne est de 1250 cc. ; quoique inférieure de 200 cc. à la capacité moyenne des jeunes gens anglais de 18 ans, elle est la même que chez beaucoup de jeunes gens ayant une bonne capacité mentale. Longueur maxima du crâne : 166 mm. Les os du crâne sont si minces que la longueur réelle de la cavité cranienne est de 162 mm. 5, les parois frontale et occipitale ayant seulement une épaisseur de 3 mm. 5 soit 1/4 de la dimension normale. La longueur totale est moindre qu'on ne pourrait s'y attendre, résultat du retard de développement de la base et de la partie faciale du crâne. Le cerveau a gagné l'espace nécessaire en se répandant latéralement, et, par suite le crâne est large (sa largeur est 84, 3°/₀ de la longueur). largeur maxima : 140 mm., épaisseur de la paroi cranienne latérale de chaque côté : 2 mm. La forme de la boîte crânienne a été affectée par l'oblitération prématurée de la suture lambdoïde et de la suture entre l'aile frontale et la grande aile du sphénoïde. La suture entre la grande aile et l'aile malaire est aussi synostosée. Un des effets du retard dans le développement de la base cranio-faciale et de la fermeture prématurée de ces sutures, c'est que le cerveau a moins élargi la partie postérieure du crâne surtout à la rencontre des régions pariétale, occipitale et mastoïdienne. Dans cette région une grande fontanelle est limitée par de l'os mince et extrêmement délicat. Le méat auditif externe a dû, en raison de l'expansion postérieure du crâne, se loger en face du point milieu de l'axe antéro-postérieur de la tête. Hauteur de la voûte du crâne au-dessus des trous auditifs : 110 mm., soit 15 mm. de moins que dans une tête normale. Cette faible hauteur est due : 1° à la petitesse relative de la capacité cranienne ; 2° à la minceur des os pariétaux à la voûte (1 mm. 5) ; 3° à l'arrêt complet du développement vers le bas et vers le dehors du méat auditif. La région du mastoïde a dépassé de très peu la phase atteinte à la naissance.

Dans la progérie le cerveau, quoique nettement inférieur à la grosseur moyenne, n'est pas petit ; mais les parois craniennes sont extrêmement minces et il y a une irrégularité de forme due à la synostose prématurée de certaines sutures. Pendant la vie il y avait une asymétrie considérable quand on regardait la tête d'en haut ; la proéminence normale de l'occipital gauche était exagérée. Le crâne présente encore

une asymétrie considérable d'en haut, mais moindre que pendant la vie.

Face et portion cranienne de l'appareil masticatoire. — Il y a eu un arrêt profond de développement de la face et des parties intéressées dans la mastication. Vers la 18e année la face doit atteindre rapidement sa grosseur de maturité. Dans la progérie il y a arrêt de développement de la face, dans l'acromégalie il y a excès de développement. La longueur totale de la face du nez au menton est de 84 mm. seulement (longueur normale : 110-120 mm.) ; longueur de la face supérieure du nez au point alvéolaire : 45 mm., soit 15 à 20 mm. d'insuffisance. Largeur de la face d'une arcade zygomatique à l'autre : 92 mm. au lieu de 110 à 120 mm. ; largeur entre les tubercules massétériens des molaires ; 54 mm. au lieu de 74 mm. Le sinus maxillaire n'est pas plus grand qu'à la naissance ; les racines des molaires se montrent au plancher de l'orbite. Les sinus frontal, ethmoïdal et sphénoïdal, qui, à l'âge de 18 ans, devraient avoir atteint des dimensions considérables, ne sont pas encore formés.

Palais et dents du haut. — Le palais a subi un arrêt de développement profond ; les dents permanentes s'efforcent de se faire de la place sur un palais qui n'est pas beaucoup plus grand que celui de l'enfant à la naissance. La zone palatale, bornée par les dents, est étroite et voûtée. A 18 ans l'espace palatin doit être de 950 mm^2 ; dans la progérie il n'a que 410 mm^2. Entre les premières molaires il forme seulement une rainure large de 5 mm. 5 (largeur normale 30 mm.). La longueur du palais est moins réduite que la largeur. La longueur, mesurée du bord alvéolaire, entre les incisives centrales, au milieu d'une ligne joignant les bords postérieurs des 2es molaires, est de 33 mm. 5 (8 mm. de moins que dans la normale). Les foramens naso-palatins sont ouverts et les os du palais sont minces et fragiles.

Malgré le retard dans le développement du palais, les dents, irrégulières dans leur position et déformées, sont tout aussi avancées dans leur formation et leur éruption qu'elles peuvent l'être chez un jeune homme de 18 ans. Les incisives centrales supérieures, particulièrement courbées, sont en place ; leurs racines sont très courtes et la couronne de la gauche est presque détruite par la carie. Les 1res et 2es prémolaires ont fait éruption ; les 1res sur le côté lingual des 1res molaires de lait ; les secondes prémolaires permanentes sont sorties derrière leur position normale et ont pivoté, de sorte que la surface interdentaire antérieure de la couronne est tournée vers la langue. Les 1res et 2es molaires permanentes luttent pour prendre leur place, mais le processus d'éruption a été si irrégulier que la surface triturante de la 1re molaire bute contre le côté antérieur de la couronne de la 2e molaire. Les couronnes de ces deux molaires sont solidement fixées ensemble et dépassent à peine le niveau du bord alvéolaire. La pres-

sion de la première molaire a fait courber les racines de la 2e molaire à leur jonction avec la couronne. Les 3es molaires permanentes ne se sont pas formées et aucune trace n'a pu en être trouvée. Les incisives latérales supérieures paraissent n'avoir jamais été formées ; leur place est occupée par des incisives de lait latérales persistantes. Les couronnes des canines permanentes sont encore enchâssées dans les alvéoles et sont à l'intérieur des incisives de lait latérales ; elles sont obliques, la pointe en avant. Ainsi, tandis que le palais n'est pas plus grand que celui d'un enfant de 2 ans, les dents, au point de formation et d'éruption, ne sont pas notablement arriérées. L'absence des incisives latérales et des dents de sagesse montre qu'il y a eu un arrêt de développement dentaire ; mais les principales irrégularités dentaires doivent être attribuées aux troubles de croissance du palais et des maxillaires supérieurs.

Maxillaire et dents du bas. — La mâchoire inférieure dépasse en dimensions celle d'un nouveau-né, mais a conservé la configuration infantile remarquablement. La branche montante n'est pas développée ; les procès coronoïdes sont au niveau du bord alvéolaire et les condyles sont au niveau du bord inférieur du corps de la mâchoire. La symphyse a des dimensions plus grandes qu'à la naissance (hauteur : 16 mm. 5) ; son épaisseur, d'avant en arrière, est de 10 mm. Largeur du bord extérieur d'un condyle au bord extérieur de l'autre : 78 mm. (beaucoup plus qu'à la naissance). Il y a un certain degré d'asymétrie, le procès condylaire droit et le procès coronoïde droit étant moins développés que du côté gauche. Les condyles sont remarquablement petits. Le sujet, pendant sa vie, ouvrait difficilement la bouche et l'étendue de ses mouvements de mâchoire était limitée. La région palatale linguale ou intra-alvéolaire est très petite, mais la région correspondante entre les dents n'est pas réduite à une étendue correspondante. L'absence de développement de la branche montante de la mâchoire est corrélatif à l'absence d'expansion de l'autre maxillaire et l'arrêt de développement vertical des maxillaires supérieurs. La mâchoire inférieure occupe une position oblique sur la face, allant en ligne droite d'un menton faiblement développé vers un méat auditif également réduit. Dans sa forme la mâchoire présente un état d'infantilisme, et cependant elle offre certains traits qui ne se remarquent pas dans le maxillaire à la naissance.

Les dents de lait inférieures côté droit ont été détruites par la carie, sauf la 1re molaire ; il en est de même des 1res molaires permanentes. Les incisives centrales permanentes sont en place, inclinées à l'arrière, suivant l'obliquité dont la mâchoire inférieure est placée par rapport à la face. De chaque côté des incisives centrales sont deux dents, probablement les canines permanentes, les incisives latérales étant absentes congénitalement, comme à la mâchoire supérieure. En

dehors des canines et enchâssées dans la mâchoire en position oblique sont les premières prémolaires permanentes ; beaucoup plus en arrière sont les couronnes des deuxièmes prémolaires, qui n'ont pas fait éruption. Les 2[es] molaires permanentes font éruption de l'intérieur des procès coronoïdes, les faces triturantes des couronnes regardant vers le dedans. Les racines de ces dents sont formées quoique les couronnes soient dans l'alvéole. Pas de trace de formation des 3[es] molaires. Ainsi, quoique la mâchoire inférieure soit infantile dans la forme, les dents ont atteint dans l'éruption une phase correspondant à celle de la 18[e] année.

Autres parties du système masticatoire. — Les arcades zygomatiques forment des barres d'os de 2 mm. 5 de profondeur et si fragiles qu'on doit en inférer que le muscle masséter est également non développé. L'articulation temporo-maxillaire conserve la forme infantile. Pas d'éminence articulaire, pas de cavité glénoïde, une simple surface articulaire plate. Le condyle de la mâchoire inférieure est un peu plus grand qu'à la naissance. La plaque du tympan qui est développée de façon à compléter l'articulation temporo-maxillaire à l'arrière conserve également la forme annulaire qu'elle a dans l'enfance. Les muscles temporaux sont très faiblement développés. L'étendue de leur attache est indiquée par les lignes temporales ; à mesure qu'ils grandissent et s'étendent sur les côtés du crâne, ces lignes montent au bord grandissant des muscles. A 18 ans ces lignes doivent avoir atteint 75 mm. au-dessus du bord supérieur de la partie postérieure du zygoma ; dans la progérie ces lignes ne sont qu'à 55 mm. au-dessus de la racine du zygoma.

Avec l'éruption des dents permanentes, le développement des mâchoires et des muscles masticateurs, il se produit dans le front des changements qui fortifient la structure osseuse de la face. Les sinus frontaux pénètrent dans la région supra-nasale du frontal et la gonflent ; les éminences supra-ciliaires apparaissent ; les bords supra-orbitaires et les procès angulaires externes sont formés ; dans la progérie le développement de tous ces traits est arrêté. La partie la plus saillante est au-dessus dans la région des éminences frontales ; la partie inférieure du front est en retrait, unie, finement moulée et conserve les caractères de l'infantilisme. La largeur du front d'une ligne temporale à l'autre est de 86 mm., soit 8 mm. de moins que dans les crânes des jeunes gens normaux. La largeur du front d'un procès angulaire externe à l'autre est de 77 mm. 5, au lieu de 95 à 100 mm. chez un jeune homme normal de 18 ans. Ainsi toutes les parties du crâne intéressées à la mastication sont nettement arrêtées dans leur développement. Les parois du canal alimentaire étaient minces et atrophiées lors de l'examen immédiatement après la mort.

Fixation du crâne au cou. — On sait que la région occipitale du crâne subit des changements de forme et de dimension pendant l'adolescence. Le cou grandit quand le cerveau a cessé de se développer ; la tête s'assied plus profondément dans le cou à mesure que la jeunesse devient virilité. Dans la progérie indiquant la persistance de l'état infantile, surtout le front, la face, les mâchoires, les régions temporale, mastoïdienne et occipitale. La minceur des parois du crâne (0 mm. 5), l'absence presque complète de diploé, la persistance d'une fontanelle au bregma (20 mm. de large sur 15 mm. d'arrière en avant), la grande fontanelle de l'astérion mesurant 60 mm. dans sa longueur irrégulière sur 10 mm. de large et la persistance de la suture entre les os basi-occipitaux et basi-sphénoïdes, présentent toutes le caractère fœtal ou infantile. La cavité cranienne, quoique inférieure à la capacité normale, ne peut pas être considérée comme ayant subi un arrêt de développement. Ainsi, tandis que la grande majorité des traits du crâne peuvent être regardés comme présentant une nature infantile, beaucoup d'autres ne peuvent l'être. La fermeture des sutures entre les os adjacents est considérée d'ordinaire comme offrant un caractère sénile. Les lignes de la suture cranienne sont des lignes de croissance ; leur fermeture dans la jeunesse a certainement une nature pathologique. Dans la progérie les sutures suivantes sont fermées : la plus grande partie de la lambdoïde, la sagittale, la sphéno-frontale, la sphéno-malaire, la temporo-malaire. La coronale, la temporo-pariétale et la temporo-occipitale étaient ouvertes et de nature infantile. Les autres sutures prématurément fermées sont : la fronto-maxillaire, la naso-maxillaire, la naso-frontale, fronto-lacrymale, la fronto-ethmoïde, la malo-maxillaire, la sphéno-malaire et la temporo-malaire. Les parties de l'os occipital étaient unies et la synchondrose entre les plaques basilaires des os occipital et sphénoïde étaient ouvertes. La surface extérieure des os tabulaires du crâne présentait des sillons et des élévations dus à un dépôt irrégulier ou à une croissance irrégulière des tables externes.

Il y avait asymétrie du nez. Les os du nez sont relativement grands et divergent à droite ; la plaque verticale de l'ethmoïde fait notablement saillie de l'ouverture nasale et est courbée, la convexité étant tournée vers la droite. Les parties intra-nasales, procès turbinés, sont petits, mais normalement développés. Hauteur du nez : 36 mm. ; largeur de l'ouverture : 16 mm. 5. Les orbites, en conformité avec la face, sont hauts comparativement à leur largeur ; leur hauteur est de 35 mm., leur largeur de 31 mm.

En résumé les caractères du crâne sont ceux d'un arrêt de développement, mais quelques-uns semblent indiquer la sensibilité.

La progérie contraste avec l'acromégalie. — Nous avons vu que les parties du squelette trop développées dans l'acromégalie ne le sont

pas assez dans la progérie. La première n'est pas un développement exagéré des tissus et des systèmes du corps, une action de sélection en est la cause ; la progérie n'est pas un nanisme généralisé ; une action de sélection en est également la cause et elle affecte les tissus et parties qui sont aussi affectées dans l'acromégalie. Par adjonction d'os nouveau le long des bords supérieurs et postérieurs de la branche ascendante et absorption le long de son bord antérieur, la branche de l'enfant prend la forme, la dimension et la position de la branche de l'adulte. Dans l'acromégalie le processus de développement est réveillé. Dans la progérie il n'y a pas seulement un arrêt de ce genre, autrement la branche montante ressemblerait à celle d'un nouveau-né. Il y a eu un léger développement, mais de la forme de la mâchoire inférieure on infère que les changements qui amènent la branche en arrière et font de la place pour l'éruption de la dent permanente n'ont pas eu lieu. Les 2 molaires permanentes font éruption de l'intérieur des procès coronoïdes. Le corps du maxillaire inférieur se développe normalement par suite de la formation d'os nouveau le long du bord supérieur, inférieur et antérieur ; dans aucun de ces changements ; la région occipitale du crâne conserve tous ses traits infantiles. Les procès mastoïdiens demeurent indéveloppés et sont représentés par de simples lignes rugueuses sur les bords extérieurs de la fosse digastrique. Les lignes courbes occipitales et l'inion sont également le type infantile. Le diamètre bimastoïdien ou largeur du cou mesure 87 mm., soit 20 mm. de moins qu'il ne faudrait. Le méat auditif externe est également de forme infantile. Les condyles occipitaux sont petits et plats ; ils mesurent 18×8 mm. Le grand foramen est spacieux et mesure 36 mm. (sens antéro-postérieur) sur 32 mm. (de large) ; ces grandes dimensions sont dues à la persistance de la fontanelle occipitale à son bord antérieur. Le grand foramen a un caractère infantile. L'absence partielle de l'arcade postérieure de l'atlas est associé à l'état de cette fontanelle.

Fosse pituitaire. — La fosse pituitaire est de forme particulière et plus petite que d'ordinaire. Le dos de la selle et les procès clinoïdes postérieurs sont si développés qu'ils débordent sur la fosse pituitaire atteignant presque les procès clinoïdes antérieurs et laissant un passage de 5 mm. seulement dans le diamètre antéro-postérieur pour la transmission de l'infundibulum de la pituitaire. Le diamètre antéro-postérieur de la fosse pituitaire est de 9 mm., sa largeur de 14 mm., sa profondeur, à partir du niveau du bord supérieur du dos de la selle, 6 mm. 5. Toutes ces mesures sont au-dessous de la normale, mais pas assez pour dire que la pituitaire était pathologiquement petite dans ce cas de progérie. L'axe du crâne sur lequel la face repose, est arrêté dans son développement et l'on peut supposer que la légère diminution de la dimension de la fosse pituitaire est due à l'arrêt général de la base cranienne.

Caractère infantile et sénile du crâne. — Presque toutes les particularités du crâne peuvent être considérées comme l'acromégalie, le développement se produit à ces bords. Dans la progérie il se produit par un dépôt uniforme sur toute la mâchoire inférieure, mais il est minime tandis qu'il est fort dans l'acromégalie le long des bords postérieurs et supérieurs de cette mâchoire. Dans le cas présent la fosse pituitaire est inférieure à la normale ; dans l'achondroplasie la fosse pituitaire est petite.

(*Dental Record*, avril 1913.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

(Session de Stockholm, août 1913.)

COMMISSION INSTITUÉE POUR ARRÊTER UN CODE DE DÉONTOLOGIE INTERNATIONALE[1]

Rapport de M. Rosenthal, de Bruxelles,

Président de la Commission et de la Fédération dentaire nationale belge.

Messieurs,

Dans l'évolution d'une profession, le côté moral traitant des rapports du praticien avec la société en général, envers les individus en particulier et avec sesconfrères est trop souvent relégué à l'arrière-plan, toute l'attention des éducateurs se portant vers les progrès de la science ou vers tout ce qui intéresse ses applications.

La F. D. I. a cru qu'il y aurait intérêt à réagir contre cette tendance qui néglige cette question dont l'importance cependant est considérable pour le développement intégral de notre corporation, dont la marche en avant fut si rapide ces dernières décades, grâce aux nombreuses découvertes faites en un espace de temps relativement très court.

La Commission que vous avez instituée pour arrêter un code de principes déontologiques, après avoir examiné ceux-ci en leur essence, a aussi porté son attention sur la meilleure façon de leur donner quelque force, sur la manière la plus pratique de les faire pénétrer dans tous les milieux dentaires du monde.

Trouvant qu'il était difficile de réformer des habitudes prises, qu'il est aussi impossible de remonter le courant et de changer la mentalité d'un homme fait, elle croit que dans l'adolescence, à l'Université, à l'Ecole dentaire, il convient de façonner l'esprit du futur praticien de telle sorte qu'il ne puisse agir dans l'avenir que d'après une règle de conduite basée sur ces principes déontologiques.

Elle est convaincue que le plus grand bien ne pourrait manquer de provenir d'un enseignement totalement imprégné d'un esprit altruiste bien compris montrant à l'élève combien il est de

---

1. Cette Commission est composée de MM. Rosenthal, *président*, Aguilar, Roy, Harrison, *membres*.

son intérêt direct et de l'intérêt de la société qu'il commence l'exercice de sa profession avec la plus haute idée de la mission qu'il a à remplir et lui prouvant que, si le diplôme qu'il vient d'acquérir lui confère certains privilèges, certains droits, d'un autre côté il lui crée des devoirs et le soumet à certaines obligations d'ordre moral.

Il faut que l'élève se rende bien compte qu'il entre dans une famille immense dont tous les membres sont solidaires et dès le jeune âge il y a intérêt à lui inculquer l'ambition de participer par sa conduite, son attitude et ses actes, à l'élévation de la grande corporation à laquelle il appartiendra.

Il est indispensable qu'il s'imprègne, pendant tout le temps que dureront ses études professionnelles, de l'idée qu'il va faire partie d'une classe d'hommes qui possèdent des principes d'honneur qu'on ne peut transgresser sans l'amoindrir et qu'il a pour devoir de tout tenter, de tout essayer pour aider à son perpétuel perfectionnement.

En vertu même du privilège qui lui est octroyé, de la protection dont il est entouré, le praticien doit une partie de son activité et a le devoir de mettre au service de l'humanité sa science et ses connaissances. Ceci est d'autant plus vrai que la société fait plus de sacrifices pour permettre à certains de ses membres de s'instruire et d'acquérir les capacités indispensables pour exercer une profession. Il serait injuste et illogique que ces sacrifices consentis par la communauté profitassent uniquement à l'individu assez heureux pour en profiter.

La bonne organisation sociale veut que, en retour des dépenses multiples et énormes occasionnées pour l'édification des institutions d'instruction supérieure, pour leur entretien, la création de musées scientifiques, de laboratoires et aussi en échange de l'avantage dont profitent les détenteurs de diplômes les autorisant à conserver leur profession à l'exclusion de tout autre, tout praticien considère qu'il est débiteur vis-à-vis de ses semblables d'une partie de son activité.

La forme sous laquelle il s'acquittera peut varier à l'infini, et chacun doit être laissé maître d'apprécier de quelle manière il peut le mieux se rendre utile.

Les uns par leurs recherches dans les laboratoires augmenteront le bagage scientifique mondial, et leurs découvertes permettront d'alléger plus de souffrances, rendront la vie humaine plus longue, feront qu'elle sera plus douce, plus agréable ; d'autres, agissant directement, se mettront au service de l'infortune et passeront une partie de leur temps à soigner les déshérités.

D'autres enfin se consacreront plus spécialement à l'enseigne-

ment et rendront aux générations nouvelles ce qu'elles ont reçu des précédentes, formant ainsi le lien entre le passé et l'avenir et aideront ainsi à la continuation de l'œuvre commune.

Chacun dans sa sphère d'action selon ses dispositions, ses aptitudes aura une tâche à remplir, tâche absolument altruiste et indépendante de celle qu'il accomplit chaque jour pour assurer son existence ou celle des êtres qui dépendent de lui.

Tous ceux qui exerceront une profession libérale occuperont dans la société une situation élevée, en raison même des services qu'ils rendront, du dévouement dont ils donneront l'exemple, ils jouiront de la considération et de l'estime de tous. Pour se placer et se maintenir à ce niveau, les praticiens entre eux se doivent des égards et les règles qui régissent leurs rapports revêtiront un caractère de mutuelle estime. Toute parole, tout geste, tout acte ayant pour but ou pour résultat de déprécier la valeur d'un confrère dans le jugement d'autrui, nuit autant à celui qui en est l'auteur qu'à celui qui en est l'objet, et retentit sur la corporation tout entière.

Sans vouloir couvrir la faute lourde, la négligence ou l'ignorance, chacun doit sauvegarder la réputation de son confrère. Il a à agir de telle sorte à ne léser aucun intérêt. Il est imprudent de porter un jugement sans avoir entendu les deux parties en cause et d'avoir pesé les arguments des adversaires. Telle circonstance peut avoir existé qui justifiait tel ou tel procédé qui, à première vue, semble critiquable. Enfin il faut toujours s'inspirer du principe : Agir vis-à-vis d'autrui comme on désire qu'on agisse à votre égard.

Tout praticien doit à sa profession de ne rien faire qui puisse nuire à son prestige, à sa dignité. Il doit s'abstenir d'employer tout procédé tapageur attirant l'attention du public soit sur sa manière d'opérer ou sur la modicité de ses honoraires. Seule sa valeur personnelle, sa correction, ses capacités peuvent attirer sur lui l'attention du public. Il se diminue, nuit à son bon renom et à celui de sa corporation en ayant recours à des procédés de publicité parfaitement admis dans certaines sphères de l'activité humaine, mais incompatible avec l'exercice d'une profession libérale ayant un idéal élevé et n'ayant qu'accessoirement un caractère mercantile.

Voici, Messieurs, les bases qui ont servi à élaborer le code que nous avons l'honneur de soumettre à vos délibérations, croyant qu'elles sont communes à toute l'humanité et que, par conséquent, elles sont d'application universelle. Nous vous proposons de les répandre en grand nombre de par le monde et surtout dans les institutions enseignantes car elles auront d'autant plus d'effet

qu'elles serviront à initier nos jeunes gens aux principes qu'ils renferment. Nous ne pouvons espérer changer le monde en un jour, mais c'est en préparant les générations futures que nous parviendrons au but que vous vous êtes proposé, c'est-à-dire amener au point le plus élevé notre profession que nous voudrions voir apprécier par tous autant que nous l'aimons.

FEDERATION DENTAIRE NATIONALE

Assemblée générale du 27 septembre 1913.

Allocution de M. Blatter, président.

Mes chers confrères,

Je suis très heureux de vous souhaiter la bienvenue, de vous exprimer ma joie de vous voir, après un repos mérité, reprendre avec vos travaux accoutumés et sans plus tarder les préoccupations généreuses qui sont vôtres, lorsque dans cette Fédération vous venez défendre les intérêts de notre profession.

Depuis notre dernière assemblée la Fédération dentaire nationale n'est pas restée inactive et si ceux qui ne jugent que d'après les résultats, et parfois avec peu de bienveillance, l'action de la Fédération l'ont vraiment pensé, ils sont dans l'erreur. En effet, une question qui nous a émus tous et nous a donné de multiples tracas, c'est la situation des chirurgiens-dentistes dans l'armée.

Dès le dépôt du projet de loi modifiant la durée du service militaire, nous avons demandé au Ministre de la Guerre une audience pour l'entretenir de cette question [1]. Le Ministre de la Guerre, très occupé, nous a priés de lui exprimer par écrit nos desiderata.

Vous connaissez le rapport que nous lui avons adressé [2], en même temps qu'au rapporteur de la loi et qu'à tous les membres de la Commission de l'armée de la Chambre des députés.

Vous connaissez également la réponse que nous fit le ministre [3], disant qu'il ne pouvait accepter la création du titre de dentiste auxiliaire par assimilation, au point de vue militaire, des étudiants en chirurgie dentaire et des étudiants en médecine. Pour répondre aux arguments du ministre nous lui avons adressé une nouvelle requête [4], sans résultat.

Des démarches multiples furent faites auprès de plusieurs parlementaires et nous avons eu la satisfaction de voir M. Méquillet, député, soutenir un amendement qui exprimait notre pensée [5].

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars 1913, p. 271.
2. — du 15 avril 1913, p. 321 et du 15 mai 1913, p. 430.
3. — du 15 août 1913, p. 127.
4. — du 15 août 1913, p. 129.
5. — du 30 mai 1913, p. 473.

Immédiatement nous lui avons soumis tous les documents utiles [1] et vous savez avec quelle chaleur il les fit valoir à la tribune de la Chambre des députés en mentionnant, dans son remarquable discours, une seule société professionnelle : la Fédération dentaire nationale [2]. Hélas ! vous en connaissez le résultat. Mais c'est un pas de fait : on a parlé des chirurgiens-dentistes à la tribune de la Chambre. Nous avons exprimé à notre défenseur de talent la gratitude de la Fédération.

Sans perdre de temps, nous avons aussitôt recommencé nos démarches auprès de nos amis du Sénat et avons adressé à M. le sénateur Doumer, rapporteur du projet de loi, une pétition pour le prier de vouloir bien reprendre l'amendement Méquillet.

M. Doumer nous a répondu, le 2 août 1913, qu'il ne lui était pas possible de proposer à ses collègues de changement à ce projet et que ce ne serait que dans une loi ultérieure, de la préparation de laquelle le Sénat s'occupait, qu'il pourrait être question de notre demande.

D'autre part, grâce à l'intervention de M. le sénateur Strauss, les élèves des écoles d'enseignement supérieur libre ont obtenu des sursis d'incorporation [3]. Cette mesure, qui avait été repoussée à la Chambre, intéresse particulièrement les étudiants en chirurgie dentaire.

Enfin, M. le sénateur Strauss, qui avait déjà pris la parole au Sénat à ce sujet [4], a assuré la Fédération qu'il interviendrait en faveur des chirurgiens-dentistes au moment de la discussion du projet modificatif de la loi sur le service de 3 ans.

L'assemblée se joindra certainement à moi pour adresser à M. le sénateur Strauss l'expression de notre vive gratitude.

Voilà ce que le Bureau de la Fédération a fait, il a conscience d'avoir rempli son devoir, et si le succès n'a pas couronné nos efforts, néanmoins l'affirmation énergique de nos revendications devant les pouvoirs publics ne peut pas être inutile.

La conséquence de nos interventions a été la nomination, par décret du ministère de la Guerre, d'une Commission d'études dans laquelle siègent deux de nos confrères et amis, MM. Franchette et Frey. Cette Commission a commencé l'examen de la question et nous estimons que les chirurgiens-dentistes auront la place qui leur est due sous les drapeaux. Nous continuerons à affirmer nos droits sur ce sujet.

Nous allons reprendre en même temps à nouveau la question

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 juin 1913, p. 564.
2. — du 15 août 1913, p. 133 à 138.
3. — du 30 septembre 1913, p. 289 et du 15 octobre 1913, p. 321.
4. — du 15 octobre 1913, p. 331.

du stage, dont vous savez toute l'importance, au point de vue de notre enseignement et de l'avenir de nos écoles. Il nous faut continuer l'œuvre entreprise par l'U. F. D. N. et, au nom de la Fédération, présenter une nouvelle liste, revisée par le Comité exécutif, de chirurgiens-dentistes parmi lesquels les autorités académiques choisiront ceux qui devront faire partie des jurys d'examens pour le stage et pour la scolarité.

La Fédération vient d'adresser un rapport au Recteur de l'Académie au sujet de certaines modifications à introduire dans l'organisation et la direction du laboratoire dentaire de la Faculté de médecine de Paris [1].

Nous sommes tenaces, mes chers confrères; nous avons déjà obtenu satisfaction, et nous obtiendrons, soyez-en sûrs, ce qui est conforme à la raison, au droit et à la justice, ce que nous réclamons, en un mot. Nous le ferons d'autant mieux qu'en même temps nous ferons le nécessaire pour que l'entente se fasse toujours plus complète entre nos sociétés, afin que celles qui restent à l'écart deviennent chaque jour moins nombreuses et que celles qui ont le même but s'associent dans un même effort.

Nous sommes heureux de pouvoir espérer qu'il en sera ainsi bientôt dans nos sociétés d'hygiène, sur ce terrain, où plus que partout l'entente est nécessaire.

Quelles difficultés l'on rencontre quand la profession n'est pas unanime devant les pouvoirs publics! Quels tristes résultats quand, aux yeux du public, nous marchons isolés les uns des autres, lorsque ce n'est pas les uns contre les autres! Ce reproche nous a été fait en haut lieu.

Ce sera une grande joie pour moi, toujours défenseur de l'union, de la voir se réaliser.

La Fédération a reçu mission de se constituer en Comité de propagande des Congrès internationaux de Londres en 1914 et de San Francisco en 1915. Je laisserai au Président d'honneur de la F. D. I. le soin de nous expliquer les grandes lignes de cette propagande.

Mes chers confrères, vous savez aussi bien que moi ce que nous avons encore à conquérir dans l'opinion publique. Vous savez comment nous considèrent les pouvoirs publics et vous savez d'où cela vient : de notre désunion en face de l'activité incessante des stomatologistes. L'heure est grave pour les odontologistes. Nous sommes menacés dans ce qui est le plus précieux peut-être, notre enseignement, dans nos écoles, qui ont tant servi à donner à notre profession un lustre qui lui manquait et qui nous a permis

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 octobre 1913.

d'obtenir parmi les professions libérales la place que nous occupons.

Très étroitement unis, unis plus que jamais, défendons ce que nous avons laborieusement acquis, améliorons-le encore, pour l'honneur, la défense et le progrès de nos doctrines odontologiques et faisons les sacrifices nécessaires pour que, par l'union, nos revendications triomphent et notre profession s'élève encore plus haut, là où elle mérite d'être, dans l'estime publique.

UNION FÉDÉRALE DENTAIRE NATIONALE

(U. F. D. N.)

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro que, lors de l'assemblée générale du 27 septembre 1913, l'Union fédérale dentaire nationale a décidé de fusionner avec la Fédération dentaire nationale.

Avant que l'assemblée prenne cette décision, le Secrétaire général a donné lecture d'un rapport exposant le rôle de l'Union fédérale pendant ses 18 mois de durée. Nous reproduisons ce document, pour rappeler aux membres des Sociétés qui faisaient partie de l'Union l'intervention active et efficace de ce groupement, pendant sa courte carrière, dans un certain nombre de questions intéressant particulièrement la profession dentaire.

Rapport sur l'action de l'U. F. D. N.

Présenté par M. H. VILLAIN, secrétaire général,
à l'assemblée générale du 22 septembre 1912.

Messieurs et chers collègues,

Vous avez pris connaissance de l'ordre du jour voté par votre Bureau le 20 mai dernier, ratifié par la Commission exécutive le 3 juin suivant et tendant à la fusion de l'U. F. D. N. avec la F. D. N. Au moment où, à votre tour, vous allez confirmer et rendre exécutoire cette décision, il est bon de vous rappeler sommairement le rôle actif et même très actif de l'U. F. D. N. dans sa courte existence.

L'U. F. D. N. est née, vous le savez, d'une réunion de Sociétés professionnelles tenue le 24 mars 1912, à la suite d'ordres du jour de l'A. G. S. D. F. dans son assemblée générale du 21 janvier précédent. 19 sociétés assistaient à cette première réunion [1].

Dans cette séance a été adopté un rapport de M. Dupontreué [2] formulant une protestation contre la création d'une chaire de stomatologie et l'assemblée a adopté également un ordre du jour

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars 1912, p. 281.
2. — du 15 mai 1912, p. 385.

protestant contre la création d'une chaire de stomatologie. Enfin elle a approuvé un rapport de MM. Roy, Villain, Franchette sur l'examen de validation de stage [1].

Dans une 2e réunion, tenue le 31 mars [2], l'assemblée a entendu et approuvé un rapport de M. Barden sur la lutte anti-stomatologique. C'est dans cette réunion qu'elle a pris le titre de U. F. D. N. et adopté ses statuts, aux termes desquels elle devait comprendre une Commission exécutive et un Bureau. Cette Commission fut composée de 29 commissaires représentant 18 sociétés, une société présente à la première réunion s'étant déjà retirée du nouveau groupement.

Dès cette réunion le Bureau fut constitué ; renforcé des rapporteurs, il fut chargé de faire toutes diligences pour la publication des trois rapports adoptés et leur remise aux pouvoirs publics et de prendre toutes mesures propres à faire aboutir les revendications odontologiques.

Conformément à la décision de la Commission exécutive du 31 mars, une demande d'audience fut adressée au ministre de l'Instruction publique pour l'entretenir de l'examen de validation de stage et de la protestation contre la création d'une chaire de stomatologie. L'audience eut lieu le 22 avril 1912 [3]. La délégation, composée du Bureau et des rapporteurs, reçut du ministre la promesse qu'il exécuterait à la lettre le décret du 11 janvier 1909 et nommerait dans le jury de validation de stage un chirurgien-dentiste et un docteur dentiste. Les rapports précités lui furent remis.

La Commission exécutive avait également demandé une audience au Recteur de l'Académie de Paris. Cette audience eut lieu le 24 avril. Le Recteur promit à la délégation de tenir le plus grand compte de ses revendications dans l'organisation de l'examen de validation de stage, ainsi que dans les autorisations de recevoir des stagiaires données aux praticiens [4].

Enfin une audience ayant le même objet fut demandée également au doyen de la Faculté de médecine et accordée par lui à la même époque.

La Commission exécutive se réunissait le 10 mai 1912 pour entendre son président rendre compte de ces audiences et décidait de se transformer en Comité de vigilance pour surveiller l'application du décret du 11 janvier 1909 en ce qui concernait l'examen de validation de stage [5].

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 avril 1913, p. 365.
2. — du 15 avril 1912, p. 331.
3. — du 30 avril 1912, p. 375.
4. — du 30 avril 1912, p. 376.
5. — du 30 mai 1912, p. 471.

Le 31 mai l'U. F. D. N. tenait une assemblée générale extraordinaire à la mairie du 8e arrondissement. Le Président mettai l'assemblée au courant des démarches faites auprès des autorités compétentes, et ces démarches avaient déjà porté leurs fruits, car des chirurgiens-dentistes venaient d'être désignés pour faire partie du jury d'examen de validation de stage dont la première session devait commencer le 17 juin[1].

L'assemblée décida qu'il serait fait un résumé du rapport de M. Barden, et que ce résumé serait adressé à la presse parisienne et à la presse départementale. Cette décision fut exécutée aussitôt.

L'examen de validation n'ayant pas été organisé conformément aux prescriptions du décret et les candidats ayant subi les conséquences de cette organisation irrégulière et défectueuse, le Bureau de l'U. F. D. N. fit, le 10 juillet, conjointement avec les Bureaux d'autres Sociétés, une démarche auprès du Recteur de l'Académie de Paris pour appeler son attention sur les inconvénients fâcheux de ces irrégularités. Le Recteur en saisit aussitôt le Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui, dans la dernière séance de sa session, close le 12 juillet, apportait au décret du 11 janvier 1909 des modifications de nature à donner plus de garanties aux candidats[2].

Une démarche analogue avait été faite également auprès du Doyen de la Faculté de médecine.

La Commission exécutive tint une courte séance à Nîmes le 2 août pendant le Congrès de l'A. F. A. S.

Le 30 septembre l'Union fédérale adressait au Recteur de l'Académie une liste de dentistes (anciens membres du corps enseignant des écoles) en vue de la composition des jurys d'examen de validation de stage. Le 2 octobre le Recteur accusait réception de cette liste et demandait des indications complémentaires, qui lui furent fournies aussitôt.

C'est sur cette liste, comme vous l'avez vu, qu'ont été choisis les dentistes qui ont fait partie du jury d'examen à Paris en octobre 1912.

Avec l'année 1913 l'intervention de l'U. F. D. N. auprès des pouvoirs publics continue.

Le 8 février l'Union adressait au Procureur de la République[3], M. Lescouvé, une réclamation contre les termes d'une circulaire récente rappelant les prescriptions d'une ordonnance de 1846, d'après lesquelles les chirurgiens-dentistes ne se trouvent pas compris au nombre des personnes pouvant prescrire l'emploi des

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 juin 1912, p. 525.
2. — du 15 juillet 1912, p. 48 et du 30 juillet 1912, p. 82.
3. — du 15 février 1913, p. 135.

substances toxiques et pouvant se faire délivrer ces substances par les pharmaciens. La justesse de la thèse soutenue par l'Union fédérale frappa le Procureur de la République, qui, le 24 du même mois, déclara la réclamation fondée et avertit qu'il donnait des instructions en conséquence aux magistrats de son Parquet, afin que les chirurgiens-dentistes ne se vissent pas contester le droit de prescrire et d'acquérir ces substances [1].

Le 3 avril le Bureau est reçu par le Recteur de l'Académie de Paris [2] pour l'entretenir de modifications à introduire dans l'organisation actuelle des études dentaires, notamment pour demander que les études soient réduites à 4 ans, au lieu de 5, par la faculté de faire à la fois la 2e année de stage et la première année de scolarité. Le Bureau adresse au Recteur un rapport sur cette importante question [3].

Le 20 mai le Bureau se réunit à nouveau et examine un projet de fusion avec la F. D. N. qu'il approuve.

Le 3 juin la Commission exécutive se réunissait et approuvait, de son côté, ce projet de fusion.

Vous voyez, Messieurs et chers collègues, que j'avais raison de vous dire en commençant que, si l'existence de l'U. F. D. N. a été courte — un an et demi de durée — son activité a été grande et son action s'est fait sentir au profit des intérêts moraux de la profession qu'elle a eu l'honorable mission de représenter et de défendre pendant ce temps.

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

(C. N. F. H. D.)

Assemblée générale du 29 octobre 1913.

Présidence de M. Roy, président.

Le Comité national français d'hygiène dentaire a tenu son assemblée générale le mercredi 29 octobre 1913, à 8 h. 1/2 du soir, à la mairie du 8e arrondissement, rue d'Anjou, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après approbation du procès-verbal, il a adopté le rapport du Secrétaire général, M. R. Lemière, sur l'action du Comité depuis la dernière assemblée générale, puis il a adopté le rapport du Trésorier, M. Bioux.

Il a été procédé au renouvellement partiel du Conseil d'administration par l'élection de 8 membres, 4 professionnels : MM. d'Ar-

1. V. *L'Odontologie* du 15 mars 1913, p. 328.
2. — du 15 avril 1913, p. 335.
3. — du 30 avril 1913, p. 365.

gent, Pitet, Fouques, Lemière et 4 non professionnels : M[es] G. Villain et Lombard, MM. Paumier, Lagarrigue.

M. Godon a fait un exposé de la création et du fonctionnement du Dispensaire dentaire scolaire organisé par la municipalité du 8e arrondissement de Paris, que nous avons publié dans notre n° du 30 mars 1913, p. 275, exposé à la suite duquel l'ordre du jour suivant a été adopté.

« Le C. N. F. H. D., après avoir entendu le rapport de M. Godon sur le Dispensaire dentaire scolaire municipal du 8e arrondissement, félicite la municipalité et la caisse des écoles de l'arrondissement de cette création si intéressante, émet le vœu qu'il y soit ajouté un service de traitement complet et souhaite de voir des services analogues créés dans tous les arrondissements de Paris. »

Le Bureau du Comité a récemment obtenu du Ministre de l'Instruction publique l'autorisation de placarder dans toutes les écoles de France un tableau ainsi conçu :

Comité National Français d'Hygiène Dentaire.

BROSSEZ-VOUS LES DENTS TOUS LES JOURS

2.500 tableaux ont été aussitôt envoyés au Ministère, qui se charge de la répartition dans les écoles.

M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a, de même, autorisé le Comité à apposer dans les salles des hôpitaux des affiches ainsi conçues :

SOIGNEZ VOS DENTS.

LA MALPROPRETÉ DE LA BOUCHE CAUSE BEAUCOUP DE MALADIES. ELLE LES AGGRAVE TOUTES.

DONC :

BROSSEZ VOS DENTS TOUS LES JOURS DANS TOUS LES SENS AVEC UNE BROSSE DURE.

Comité National Français d'Hygiène Dentaire.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de ces deux succès remportés par le Comité. Son action devient de plus en plus efficace et nous ne saurions trop engager tous nos confrères à envoyer leur adhésion.

D'autres moyens de propagande ont été étudiés par l'Assemblée et renvoyés au Conseil d'administration. Nous publierons du reste dans un prochain numéro le rapport du Secrétaire général.

Le Comité s'est séparé à 11 h. 3/4.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

UN DENTISTE EN CORRECTIONNELLE

Devant la chambre correctionnelle comparaissait, ces jours-ci, un jeune dentiste de 21 ans, A. L., établi anciennement à Gueb-willer, actuellement à Mulhouse. Le 15 février dernier, L. avait fait une insertion dans le « Gebweiler Tagblatt » annonçant une méthode nouvelle pour arracher les dents sans douleur. L'annonce parut suspecte et L. fut appelé à comparaître devant la chambre correctionnelle pour concurrence déloyale.

Devant les juges, l'inculpé prétendit arracher effectivement les dents sans douleur dans 95 cas sur 100, grâce à une méthode qu'il ne voulait pas trahir. Le Dr M., de Colmar, cité comme expert, déclara qu'une extraction dentaire sans douleur lui paraissait impossible et qu'une annonce en ce sens était en conséquence illicite. Un second expert, M. B., dentiste à Munster, fut d'un autre avis. L'extraction sans douleur est parfaitement possible avec insensibilisation partielle de la gencive. Par contre, cette opération peut être dangereuse pour les cardiaques.

Finalement le tribunal acquitta le prévenu, estimant qu'une extraction dentaire sans douleur n'est pas impossible et qu'en conséquence un dentiste est autorisé à publier une annonce dans ce sens.

(*Journal d'Alsace-Lorraine*, 21 septembre 1913.)

LES ARRACHEURS DE DENTS

Un jugement intéressant vient d'être rendu par le président du tribunal de la Chaux-de-Fonds (Suisse).

Comparaissaient en effet, devant le tribunal de police, six mécaniciens-dentistes prévenus d'avoir arraché des dents « sans douleur », au moyen d'injections sous-cutanées de médicaments toxiques. Le Code pénal interdit à quiconque, sans autorisation régulière, de vendre ou administrer des médicaments.

L'article premier du règlement sur les pharmacies en Suisse interdit de vendre ou débiter des médicaments sans être muni d'un diplôme de pharmacien ou d'un diplôme concordataire.

Les prévenus ont été condamnés après de longs débats. Ils ont déclaré vouloir recourir contre ce jugement, qui accorde ainsi aux seuls médecins-dentistes diplômés le droit d'arracher des dents « sans douleur ».

(*Feuille d'Avis des Montagnes*, 14 octobre 1913.)

VARIA

LE DENTISTE ET LE RESTAURATEUR

Un juge de paix d'une grande ville de France va être appelé à statuer sur un cas qui ne manque pas de pittoresqne. Il s'agit de la querelle d'un dentiste et d'un restaurateur.

Ces deux ennemis habitent la même maison : le restaurateur au rez-de-chaussée, le dentiste au premier étage, et ils se détestent « cordialement ». Il y a quelque temps, le restaurateur crut pouvoir mettre sur ses menus l'avis suivant :

« Mes plats sont si bien préparés que l'on peut les déguster même si l'on se fait soigner les dents par le dentiste du premier ».

Le dentiste répliqua en ajoutant à sa pancarte ce qui suit :

« Les dents que je pose sont si solides que l'on peut se risquer à mordre dans les morceaux de viande préparés par le gargotier d'en bas. »

De cet échange d'aménités à un échange de coups, il n'y avait qu'un pas. Il fut vite franchi.

Qu'eût décidé Salomon en un pareil cas ? Notre juge doit être fort embarrassé. (*L'Evénement*, 19 août 1913.)

DENTISTES PRÉHISTORIQUES

M. Seaville, qui occupe la chaire d'archéologie à l'Université de Columbia, a mis à jour, dans la province d'Esmeraldas (Equateur), un grand nombre de crânes ayant appartenu à des Indiens Incas et qui prouvent que l'art dentaire, porté à son apogée par les modernes chirurgiens américains, existait il y a plusieurs siècles.

M. Seaville déclare avoir vu aux mâchoires de ces squelettes de nombreuses dents plombées, suivant toutes les règles de l'art. Celles de devant sont, pour la plupart, fort joliment ornées d'incrustations d'or également, représentant des étoiles ou des demi-lunes.

PUBLICITÉ PITTORESQUE

Lu sur le prospectus d'un dentiste ambulant — il en est encore — qui fait distribuer ses papiers dans les foires d'Auvergne :

X..., diplômé
Mécanicien-dentiste
Opère sans douleur tous les vendredis
à Brioude
Place aux Veaux !

Le point d'exclamation, dû à la fantaisie ou à l'erreur d'un « typo », change complètement l'annonce, qui devient bien plus savoureuse. (*La Petite République*, 25 septembre 1913.)

NÉCROLOGIE

Léon Guillot.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 52 ans, de notre confrère M. Léon Guillot (de Paris), décédé le 28 octobre, dont nous avons publié un article dans notre dernier numéro.

Rappelons que M. Léon Guillot était président fondateur de l'œuvre de *La Boule de neige* et de diverses œuvres de mutualité et, à ce titre, il avait reçu récemment la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

De nombreux confrères ont assisté à ses obsèques.

Nous adressons nos condoléances à M. Sosson, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, son beau-frère, et à sa famille.

NOUVELLES

Association Générale Syndicale des Dentistes de France.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. se réunira le samedi 15 novembre prochain, à 8 heures 1/2 du soir, au siège social, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbal du Conseil du 11 février 1913 ;

2° Procès-verbaux des bureaux des 18 et 25 février, 18 mars, 15 avril, 18 juin, 30 septembre, 14 octobre 1913 ;

3° Lecture de la correspondance ;

4° Rapport du secrétaire général : étude des propositions de MM. Graff sur la crise de l'apprentissage et Zimmermann sur une médaille à décerner aux mécaniciens-dentistes, présentées à l'Assemblée générale du 19 janvier 1913, et de rapports de M. Monnin sur l'organisation des études dentaires et de la F. D. N. ;

5° Rapport du Conseil de famille ;

6° Rapport de la Commission syndicale ;

7° Rapport de la Caisse de prévoyance ;

8° Manifestation de sympathie en l'honneur de notre confrère L. Lemerle ;

9° Questions et propositions diverses.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, le mardi 4 novembre, à 9 heures du soir. Après quelques paroles du nouveau président, M. Jeay, M. Choquet a présenté un compas pour mesurer l'asymétrie des condyles du maxillaire et a donné quelques chiffres obtenus avec cet instrument. Ce travail d'anthropologie, qui touche au problème de l'articulation non encore résolu, stimulera certainement l'ardeur des nombreux chercheurs que ce problème passionne.

Ensuite M. Ruppe a présenté son gnathomètre, appareil de mensuration très ingénieux, qu'il avait déjà présenté (V. *L'Odontologie* du 15 avril 1913) et auquel il a fait subir quelques modifications. Ces deux communications ont donné lieu à de très intéressantes discussions.

M. Henri Villain a fait connaître les pompes à salive en celluloïd qu'il a fait construire en cette matière relativement peu coûteuse, afin de ne les utiliser qu'une fois.

La séance a été levée à 11 heures 20.

Nomination.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre confrère M. Blatter, président de la F. D. N. et de l'A. G. S. D. F., a reçu le diplôme de docteur en chirurgie dentaire de l'Université Laval à Montréal, à l'occasion de l'inauguration de la nouvelle école dentaire qui porte ce nom.

Nous lui adressons nos bien vives félicitations.

Inauguration de la nouvelle École de Chirurgie dentaire de Montréal.

Nous empruntons aux journaux canadiens le compte rendu de l'inauguration de la nouvelle Ecole de Chirurgie dentaire de Montréal, qui a eu lieu le mardi, 14 octobre, à neuf heures du soir. Le vice-recteur de l'Université Laval, le directeur et les professeurs de l'Ecole ont donné à cette fête tout l'éclat possible. Les personnalités les plus considérables de la société canadienne-française y ont assisté, ainsi que les représentants des gouvernements de Québec et d'Ottawa.

La nouvelle construction s'élève au coin nord-ouest des rues de

Montagny et Saint-Hubert. C'est un monument dont sont fiers, à juste titre, les directeurs et les élèves de l'école.

Cette inauguration a revêtu le caractère d'une véritable solennité. Les principaux représentants de la société canadienne y assistaient.

L'archevêque de Montréal a présidé à la bénédiction de l'Ecole, accompagné du chamoine Dauth, vice-recteur de l'Université ; puis, les professeurs et les invités ont visité les diverses salles de l'école qui est, de l'avis des connaisseurs, l'une des mieux aménagées d'Amérique. Tous se sont rendus ensuite à la salle des cours où des discours ont été prononcés.

Le chanoine Dauth a souhaité la bienvenue au lieutenant-gouverneur de la province de Québec, M. François Langelier, au premier ministre de la province, M. Lomer–Gouin. M. Dubeau, directeur de l'Ecole, a remercié les assistants. M. Kern a souhaité un brillant avenir à la nouvelle école. M. Bachaud, membre de la Commission d'hygiène dentaire de l'Etat du Vermont, a félicité les directeurs de l'Ecole de leur belle création. M. Langelier a dit que parmi les œuvres d'enseignement le besoin de cette école était celui qui se faisait le plus sentir.

M. Lomer-Gouin s'est félicité d'avoir pu faire accorder une subvention du Gouvernement pour la construction de cette Ecole.

L'archevêque de Montréal, Mgr Bruchesi, a rappelé la sollicitude avec laquelle le clergé s'est toujours fait un devoir de veiller à la cause de l'instruction.

Le Consul général de France a dit que le Gouvernement français a tenu à se faire présenter à cette inauguration par un envoyé spécial du Ministère du Commerce, M. Kern, et que l'Ecole dentaire de Montréal est surtout connue, appréciée et estimée en France.

Le maire de Montréal a rappelé que le gouvernement se montre toujours généreux à l'égard des œuvres d'enseignement.

A l'occasion de cette inauguration, MM. Franchette, Kern, Pont (Lyon), Siffre, J. Vichot (Lyon), ont reçu le diplôme de docteur en chirurgie dentaire de l'Université Laval.

A l'issue de la solennité un lunch a été offert aux invités.

Mariage.

Le mariage de notre confrère M. Georges André, membre du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, avec Mlle Emily Sebald, a eu lieu le 5 novembre à Versailles.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Cercle odontologique de France.

La réunion mensuelle du Cercle odontologique de France a eu lieu le 30 octobre à 8 h. 1/2 du soir à l'Hôtel des Sociétés savantes avec l'ordre du jour suivant :

I. Communication sur un bloc-couronne et quelques autres tours de main, par M. Housset.

II. a) Du danger des tubercules trop saillants dans les petites molaires, dépourvues de pulpe.

b) Construction économique d'une lampe électrique buccale en aluminium, par M. Jacques Fildermann.

III. a) Essai d'un appareil amovible sans crochet.

b) Appareil destiné à augmenter la visibilité dans la bouche, par M. Léger-Dorez.

IV. La métallisation en art dentaire, par M. Devauchelle.

V. A propos d'hémorragies dentaires, par M. D. Tzanck.

GROUPE DES AMIS

DES ÉCOLES DENTAIRES RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE

ET DE

L'Association générale syndicale des dentistes de France.

Paris, le 1er novembre 1913.

Mon cher Confrère,

Un des plus anciens professeurs de l'Ecole dentaire de Paris, M. Lucien Lemerle, va quitter la vie professionnelle et cesser ses fonctions à la fin de cette année, après plus de trente ans consacrés à la fois à l'enseignement et à l'administration de l'Ecole et de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

Dans ses différentes fonctions notre confrère a rendu les plus grands services à nos Sociétés et a été l'un des plus dévoués collaborateurs de l'œuvre de rénovation odontologique poursuivie par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

La plupart d'entre nous ont été ses élèves et ont reçu ses sages et utiles conseils, tous empreints de bonhomie et de bienveillance, et ses excellentes leçons, fruits d'une longue carrière de praticien consciencieux et éclairé. Nous lui devons presque tous une partie de notre savoir et nous lui gardons reconnaissance de ce qu'il nous a enseigné et appris.

Nous avons donc songé à organiser, à l'occasion de sa double retraite, une manifestation de sympathie nous permettant de lui

exprimer notre gratitude, pour les services rendus à l'enseignement et à nos Sociétés, de lui montrer l'estime dans laquelle nous le tenons et de lui témoigner les regrets que nous cause son départ.

Pour cette manifestation de sympathie, à laquelle s'associent l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France, nous nous proposons l'achat d'un souvenir, qui sera remis au cours d'un banquet à M. Lucien Lemerle au nom de ses amis, de ses confrères et de ses élèves.

Une souscription est ouverte pour l'achat de ce souvenir et nous espérons que tous nos confrères auront à cœur de s'associer à cette manifestation afin qu'elle ait plus d'éclat et qu'elle soit digne à la fois de celui qui en est l'objet et des Sociétés auxquelles nous appartenons.

Le lieu, la date et le prix du banquet vous seront indiqués ultérieurement ; mais les adhésions et les souscriptions sont reçues dès à présent chez le Secrétaire du Groupe des Amis des écoles dentaires, M. Henri Villain, 10, rue de l'Isly, Paris, la manifestation devant avoir lieu avant la fin de l'année.

Croyez, mon cher confrère, à nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Comité exécutif du Groupe des Amis de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France.

J. d'Argent, Blatter, Dreyfus, Roy, G. Villain, H. Villain.

Le Bureau de l'Ecole Dentaire de Paris

Ch. Godon	Bioux
J. d'Argent	G. André
Blatter	H. Villain
Roy	H. Dreyfus
G. Villain	Miégeville

Le Bureau de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

Blatter	H. Villain
Monnin	Cernéa
Bioux	Miégeville

Les Membres présents au Dîner du Groupe des Amis du 23 octobre 1913 qui ont approuvé la présente circulaire

Blatter	Dreyfus	G. Viau	Lemière
Crocé-Spinelli	Vasserot	M. Roy	Cauhépé
Sosson	A. Debray	Wallis-Davy	Eudlitz
Victor	L. Grout	Miégeville	Renhold Mich.
Dupontreué	Ch. Guébel	Fié	Desforges
Haloua	J. d'Argent	Bruschera	Devoucoux
Cadic	L. Viau	Renhold Max	P. Guébel
Loyer	Heidé	Lanos	Legros
Godefroy	L. Bioux	H. Villain	Tacail
Robine	Ch. Godon	G. Villain	Fouques R.

P.-S. — Nous publierons dans le prochain numéro la 1re liste des souscripteurs.

33e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1913 Vol. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

MODIFICATION AU GNATHOMÈTRE

Par Louis Ruppe,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 4 novembre 1913.*)

Ayant fait subir à mon gnathomètre quelques modifications capables de rendre son maniement plus rapide et de lui donner plus de justesse dans le goniomètre, j'ai cru devoir vous soumettre ces modifications et vous présenter l'appareil ainsi retouché, que je crois être à peu près définitif.

Dans l'appareil que je vous ai présenté en mars dernier [1], il était nécessaire, pour obtenir l'emplacement des incisives médianes supérieure et inférieure droites, de prendre une empreinte au plâtre à l'aide d'un petit porte-empreinte fixé à l'avant de l'appareil buccal. Pour supprimer cette manœuvre j'ai modifié l'appareil buccal de la façon suivante.

Dans un tube carré F fig. 1, ajusté sur le support du bâti G fig. 2, entrent à frottement doux 3 lames de métal de la largeur de l'ouverture du tube du bâti, maintenues dans la position choisie par une vis b fig. 1. La lame A fig. 1 porte à une de ses extrémités une lamelle mince et souple capable de s'ajuster sur la face labiale et le bord incisif de l'incisive supérieure, la lame B porte elle aussi une lamelle qui

1. V. *Odontologie*, n° du 15 avril 1913.

s'ajuste sur l'incisive inférieure et la lame C porte un arc en argent sur l'extrémité duquel est soudée une plaque de platine mou très mince D fig. 1. L'arc passe dans le vesti-

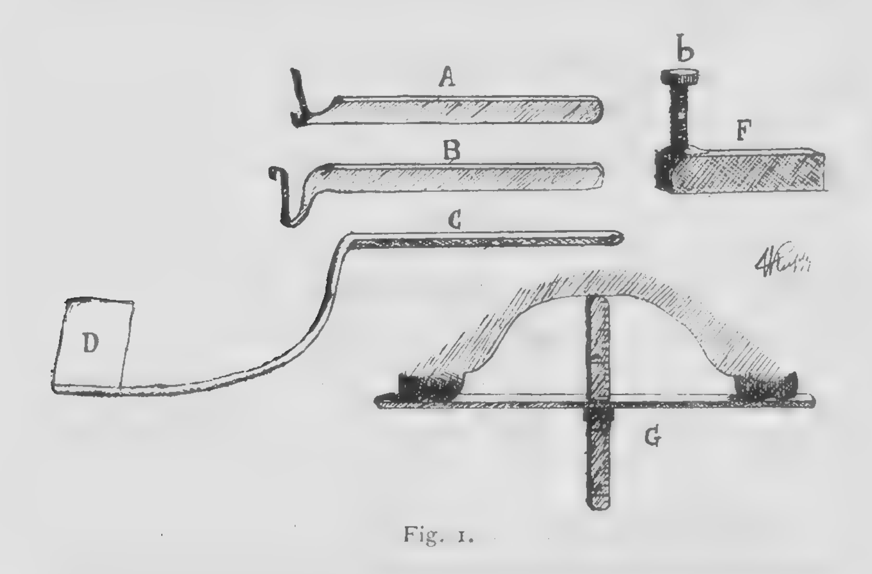


Fig. 1.

bule de la bouche et le bord antérieur de la plaquette D doit être ajusté avec le bord mésial de la première grosse molaire supérieure.

Quand les trois lames sont en place et immobilisées par la vis b on fait mordre fortement sur la plaquette D et l'on fait pénétrer les trois lames dans le tube du bâti, ensuite on continue l'ajustage du gnathomètre.

La deuxième modification porte sur le goniomètre et a pour but de le rendre indépendant de l'embout qui sert à repérer l'emplacement du trou auditif externe.

Pour arriver à ce résultat il suffit d'articuler une petite plaquette J fig. 2 sur le goniomètre C B, cette plaquette présente un tube K qui reçoit la tige portant l'embout O. Cette nouvelle disposition permet une meilleure adaptation du goniomètre sur l'angle du maxillaire et permet de pouvoir placer un embout calibré avec le trou auditif externe.

J'ai ajouté à la toise une petite coulisse à vis V fig 2 pour

marquer l'endroit exact du vertex et éviter des erreurs de

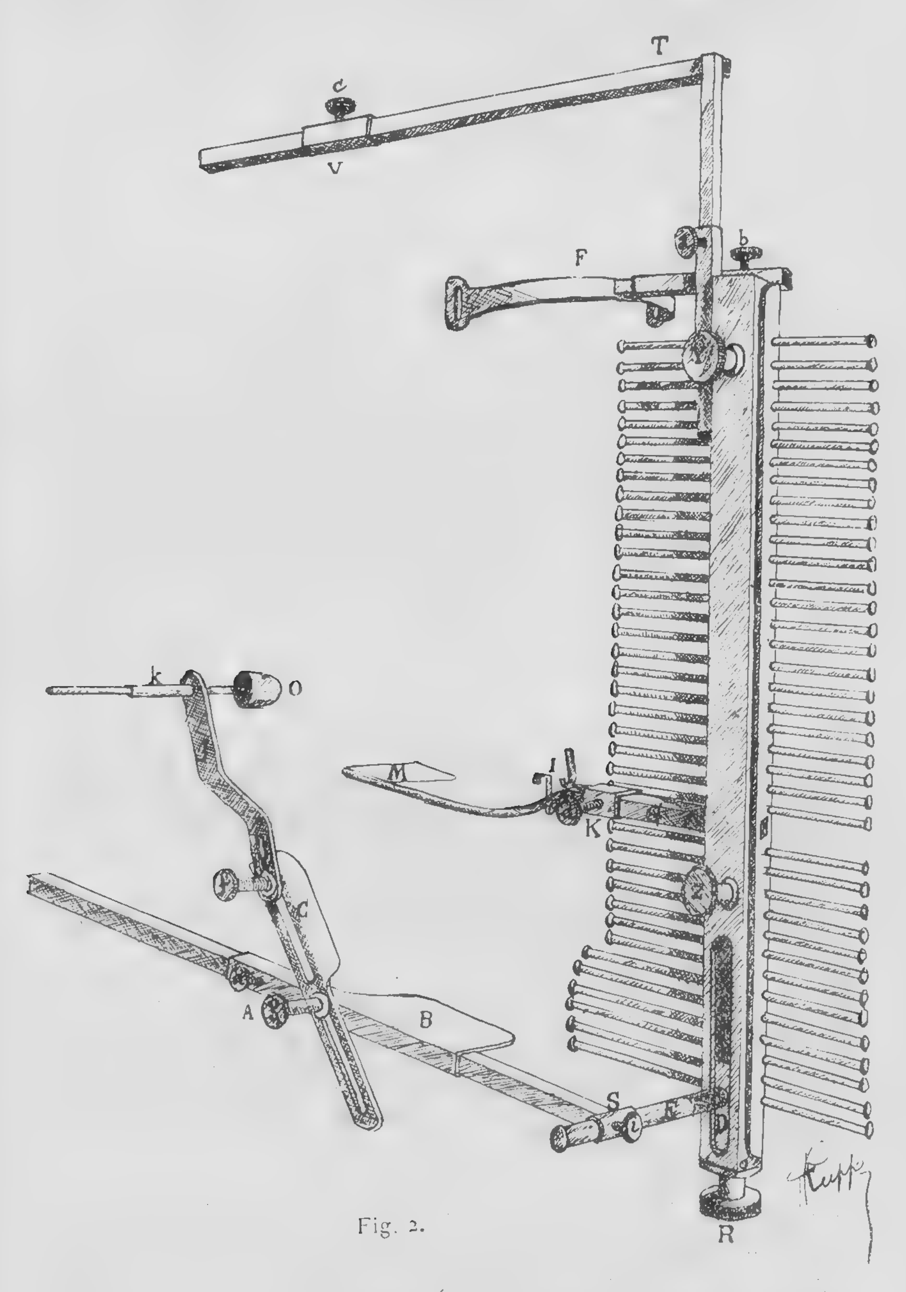


Fig. 2.

transcription, le plan de la toise étant rarement parallèle au plan de Camper.

La fig. 3 indique les mesures que l'on peut prendre avec le gnathomètre. Seule, la distance de la face triturante de la

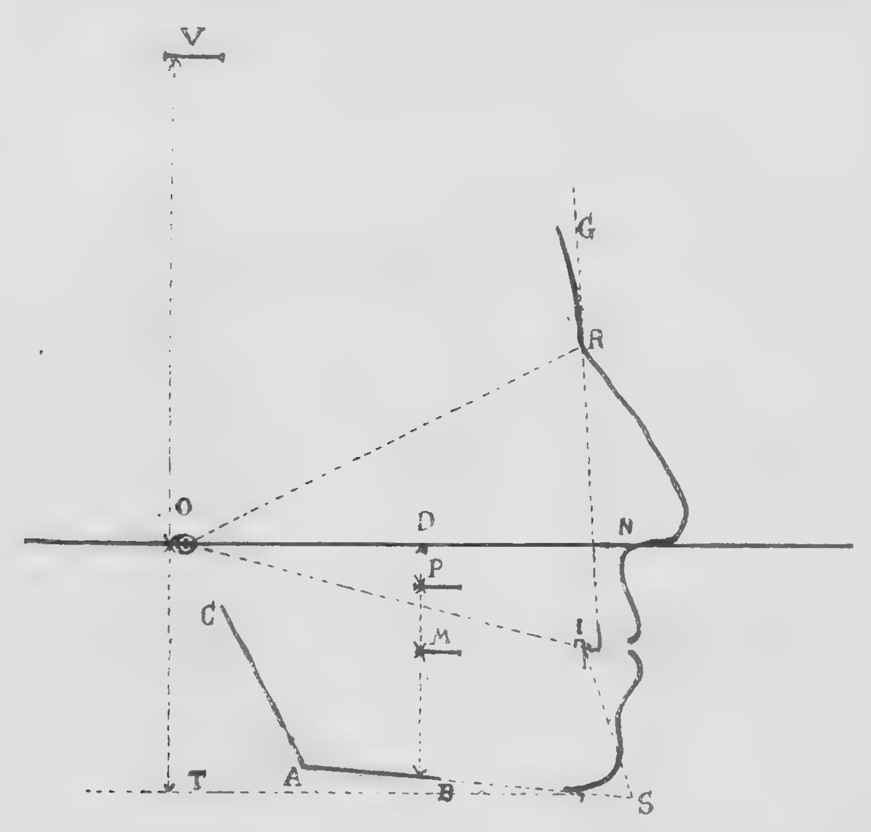


Fig. 3.

MESURES QU'IL EST POSSIBLE DE PRENDRE AVEC LE GNATHOMÈTRE.

DISTANCES.

VO vertex — trou auditif.
OT trou auditif — menton.
DP plan Camper — palais.
DM plan Camper — face triturante molaire 6 ans supérieure.
MB face triturante molaire 6 ans inférieure, bord inférieur maxillaire.
OR rayon auriculo frontal.
OI rayon auriculo incisif.

ANGLES.

ROI angle de Bicêtre.
OIG angle Geoffroy St-Hilaire.
CAB angle mandibulaire.
ISB angle symphysien.
M donne l'emplacement vertical et sagittal de la molaire de 6 ans supérieure.

molaire supérieure à l'union des apophyses palatines des maxillaires supérieurs est prise par une règle s'appuyant sur les faces triturantes des molaires et portant au milieu une petite tige graduée (voir en G fig. 1).

POMPE A SALIVE STÉRILISÉE NE SERVANT QU'UNE SEULE FOIS

Par M. Henri Villain,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Présentation à la Société d'Odontologie de Paris, 4 novembre* 1913.)

La question des pompes à salive a souvent préoccupé la profession et nombreux sont les modèles qui, sans parler de ce qui se fait au dehors, ont été soumis à la Société d'Odontologie depuis sa création. Tous ces modèles offraient des avantages et des inconvénients.

Animé, comme bien d'autres, par le désir de faire mieux, j'ai l'honneur de présenter à votre examen un type nouveau qui diffère essentiellement de ceux que vous connaissez par cette caractéristique qui lui est particulière : il ne peut servir qu'une seule fois.

La plupart d'entre nous font usage de pompes à salive en métal ou en verre et quelques-uns ont assurément rencontré, ainsi que cela s'est passé plusieurs fois dans mon cabinet, des patients qui repoussaient cet instrument ou tout au moins éprouvaient un mouvement de dégoût au moment où on le leur introduisait dans la bouche. Lorsque ce cas se produit, je ne manque pas d'expliquer au patient que la pompe à salive est tout aussi propre, tout aussi aseptique que les autres instruments que nous employons, puisque, comme eux, on la fait bouillir pendant vingt minutes chaque fois qu'elle a servi ; mais, malgré ma dialectique, je ne puis vaincre parfois la répulsion qui s'est manifestée.

Pour surmonter cet inconvénient j'ai cherché un moyen radical et réussi, je crois, à le trouver dans une pompe à salive ne devant servir qu'une seule fois. Pour obvier à la dépense élevée d'une pompe en métal ou en verre, j'ai fait confectionner des pompes en celluloïd, d'un prix modique, dont voici un exemplaire.

Chaque pompe, après sa fabrication, séjourne plusieurs

heures dans une solution antiseptique, puis elle est mise sous une enveloppe transparente, qui est cachetée. Au moment de s'en servir, on déchire l'enveloppe en présence du patient, on fait usage de la pompe, puis, toujours devant les yeux de celui-ci, on l'enlève de son raccord, on la casse en deux et on la jette.



En employant ce nouvel engin nous avons dissipé l'appréhension de plusieurs sujets particulièrement délicats — ou particulièrement raffinés, peut-être. Mais nous devons toujours chercher à gagner la confiance absolue de ceux qui nous demandent nos soins et nous efforcer de leur rendre agréables les visites qu'ils nous font, et pour cela notre devoir est de ne négliger aucun perfectionnement de notre matériel opératoire, aucune amélioration de nos procédés et même de notre installation matérielle.

TECHNIQUE

LA RÉSISTANCE CHIMIQUE DES MÉTAUX ET DE LEURS ALLIAGES EN BOUCHE

L'usure chimique. — Les agents doués d'activité chimique que renferme le milieu buccal peuvent se résumer ainsi :

1° Une atmosphère humide riche en oxygène et en anhydride carbonique ;

2° Des fluides buccaux renfermant des acides organiques et des composés sulfurés.

L'atmosphère humide semble jouer un rôle effacé, parce que les oxydes et les carbonates ne se rencontrent pas dans les produits d'altération des métaux usuellement employés en bouche. S'ils y existent, c'est comme terme de transition ; les oxydes et les carbonates ayant une chaleur de formation moindre que celle des sels d'acides organiques et des sulfures, ils sont donc toujours déplacés par ces derniers.

Les acides organiques, provenant soit des aliments : a. acétique, oxalate acide de soude, a. tartrique, a. citrique, a. mallique, etc... soit des fermentations buccales : a. lactique, a. mucique, etc. subissent le même sort dans la plupart des cas et ce sont les sulfures qui se forment. A noter que tous les sulfures, sauf les alcalins et les alcalinoterreux, sont insolubles.

Les agents de sulfuration sont nombreux. Nous avons les sulfocyanures alcalins de la salive, les produits de desquamation de la peau et des muqueuses (la kératine renferme 5 0/0 de soufre combiné à des matières organiques), enfin les composés sulfurés que renferment les substances alimentaires (sulfocyanure d'allyle de l'ail, de l'oignon qui s'élimine par l'appareil respiratoire, myrionates des graines de légumineuses, etc...).

Quelques sulfures pourtant sont susceptibles d'oxydation et certains d'entre eux se transforment en sulfates solubles que la salive entraîne.

Examinons chaque métal en particulier.

Les métaux purs. — *L'or*, le *platine*, l'*iridum* et *l'étain* restent inattaqués.

L'*aluminium* résiste mal. Il est recouvert d'une couche d'alumine qui le protège de l'air extérieur. En bouche les acides organiques donnent avec cette alumine des sels solubles et l'attaque se produisant toujours plus avant, la plaque d'aluminium finit par se percer.

La vérification expérimentale est facile à faire : une plaque d'aluminium mise à 37° dans un acide organique dilué présente une usure chimique très nette au bout de 48 heures.

Lorsque ce métal est en contact avec un amalgame, l'altération est encore plus rapide par la transformation en alumine de la plaque. On explique ce fait par l'action catalytique du mercure sur l'aluminium qui déclancherait la réaction : $2\ Al + 3O = Al^2\ O^3$.

On a signalé toutefois des appareils d'aluminium ayant séjourné très longtemps en bouche sans altération notable [1].

L'argent donne le sulfure noir $Ag^2\ S$.

Le *plomb* donne de même un sulfure noir Pbs (liseré saturnin).

Les deux sulfures précédents ont été vérifiés par l'analyse chimique.

Pour le *mercure* les avis sont partagés en ce qui concerne le produit final d'attaque. On s'est tour à tour basé sur les amalgames, sur les mercuriaux dont l'élimination se fait par la salive à l'état d'albuminate et sur les dépôts dentaires des ouvriers soumis constamment aux vapeurs de ce métal. Pour Baumann et Miller [2] il y aurait formation d'oxydule $H\ g^2O$. Pour Klein [3], Essig [4], et c'est aussi notre avis, dans un milieu légèrement acide et renfermant d'aussi nombreux agents de sulfuration il y a toujours formation du sulfure noir H g S, seulement avec cette restriction que le mercure n'étant jamais employé seul, son sulfure est décomposé par le zinc, l'étain, le cuivre, l'argent, entrant dans la composition des amalgames qui se sulfurent à sa place.

Le *cadmium* donne le sulfure jaune Cd S. C'est cette coloration disgracieuse qui a fait rejeter l'usage des amalgames de cadmium.

Le *zinc* donne un sulfure blanc Zn S et le fait a été utilisé pour la confection d'amalgames ne noircissant pas en bouche (Dawson's White alloy, Hays' Pure White, Flagg's Facing, Harris' Amalgam, etc...). Il explique aussi l'usure de certaines obturations temporaires en bouche. L'oxyde de zinc qui leur est incorporé se solubilise au contact des acides organiques, l'obturation devient poreuse, puis se délite, les sels organiques de zinc se transformant en sulfure insoluble.

Le *nickel* se trouve presque dans les mêmes conditions que celles du zinc, mais son sulfure ne pouvant se former qu'en milieu nettement alcalin, sa transformation s'arrête aux sels des acides orga-

---

1. VON WIDEKIND, *Dentiers en aluminium. Archiv für Zahnheilkunde*, janvier 1910.
2. MILLER, *Recherches sur les dépôts dentaires et plus particulièrement les dépôts verts et les dépôts métalliques. Correspondenz. Blätt. für Zahnärzte*, juillet 1894.
3. JULES KLEIN, *Monographie des amalgames*, Genève, 1897.
4. ESSIG, *Dental Metallurgy*, Philadelphie, 1909.

niques solubles que la salive entraîne, d'où propreté apparente du nickel en bouche. Ces sels verdâtres peuvent colorer les dépôts muciques, comme Miller l'a observé, mais l'analyse chimique démontrant l'existence du nickel dans ces dépôts n'a pas été faite. Grieves [1] a trouvé le sulfure ; le fait peut s'expliquer par une alcalinité exceptionnelle de la salive.

Par contre, pour le *cuivre* Miller (*loc. cit.*) a parfaitement montré que chez les ouvriers métallurgistes travaillant ce métal les dépôts dentaires verdâtres qui se forment, renferment du cuivre à l'état de sulfate ; bien qu'il soit soluble, les dépôts muciques retiennent toujours de petites quantités de ce sel. Un fait semblable a été rapporté chez des trompettes, vraisemblablement par le contact des embouchures de laiton de leurs instruments. Les dents obturées avec de l'amalgame de cuivre offrent souvent un dépôt vert sale à la surface de l'émail.

En dépit des faits précédents, Grieves a trouvé le sulfure, mais il s'agit probablement d'un produit de transition, le sulfure s'oxydant pour donner le sulfate.

De même pour le *fer*, Miller a constaté par l'analyse chimique la présence de sulfate de fer dans les dépôts dentaires de 60 ouvriers métallurgistes. Dans 19 cas le dépôt était brun à reflets verdâtres, dans 35 autres brun ocreux. Il est infiniment probable que le fer se transforme en sulfate ferreux $So^4Fe\ 7\ H^2o$ soluble, de teinte verdâtre, puis en sulfate ferrique basique qui possède une teinte ocreuse.

Les alliages. — Leur résistance chimique ne dépend pas forcément de celle des composants de l'alliage. En voici deux exemples contraires :

Les alliages magnésium-aluminium sont plus résistants que l'aluminium et le magnésium pris séparément. C'est pour cette raison qu'on a cherché à les introduire comme métal-base en prothèse [2].

Les alliages aluminium-nickel sont moins résistants que le nickel et l'aluminium séparément. Ils sont attaqués par l'eau et, en dépit de leurs précieuses propriétés mécaniques, ils ne sont guère utilisés [3].

La résistance chimique des alliages dépend plutôt de celle de leurs constituants intimes que la métallographie microscopique nous révèle.

Ainsi un alliage Cu-Al à 10 o/o d'aluminium est formé d'un composé défini Cu^3 Al et d'une solution solide, c'est-à-dire une solu-

---

1. Grieves (Clarence Jones), *Base metal versus noble metal appliances in orthodontia. Items of interest*, mai 1909, p. 326.
2. Lœbl, *Le magnalium et son emploi dans la technique dentaire. Zeitschrift fur Zahntecnick*, 25 mai 1909. *Dental Cosmos*, septembre 1908.
3. L. Guillet, *Les alliages métalliques*, Paris 1906.

tion solidifiée sans que le corps dissous se sépare du solvant, d'aluminium dans le cuivre. Si un tel alliage est traité par de l'acide chlorhydrique dilué, Cu^3 Al reste inattaqué pendant que la solution solide disparaît. Un maillechort de composition suivante Zn 28 Ni 12 Cu 60 est formé d'un alliage Cu-Ni et d'un eutectique Cu et alliage Cu-Zn [1]. Dans la bouche un tel alliage présente une usure chimique telle que l'eutectique Cu et Cu-Zn est plus altéré que Cu-Ni.

Cette étude de la résistance chimique des alliages en bouche est loin d'être au point ; toutefois d'une façon générale, en attendant mieux, on peut en référer à l'échelle électrochimique de Berzelius pour connaître le métal qui formera la majeure partie des produits d'altération d'un alliage.

Au. Ir. Pt. Hg. Ag. Cu. Sn. Ni. Pb. Cd. Al. Fe. Zn. Mg.

Mais cette échelle est loin d'être parfaite pour les alliages si elle est exacte pour les métaux purs mis en contact.

Ainsi une aurification au contact d'un petit bloc de zinc amène une rapide altération du zinc. Au contraire un alliage Au-Zn à 8 0/0 de Zn, je suppose, n'est pas altéré parce que dans l'alliage le zinc se trouve dissous dans l'or et y forme une solution solide qui est inaltérable.

C'est un phénomène analogue qui se passe avec les or-étains : si l'or et l'étain sont simplement en contact, l'étain noircit légèrement, s'ils sont alliés, l'obturation est inaltérable et possède une très grande dureté grâce à la présence d'un composé défini Au-Sn qui est excessivement dur [2].

Les corrosions locales. — A côté de cette usure chimique régulièrement répartie sur toute la surface du métal ou de l'alliage on observe fréquemment des corrosions locales. Elles dépendent des facteurs suivants :

L'état physique du métal ou de l'alliage. — Pour un même métal l'attaque se produit d'autant plus facilement qu'il est plus écroui. Dans une plaque susceptible de s'altérer les points les plus écrouis s'attaquent les premiers. Une plaque d'aluminium mise à 37° dans un acide organique dilué voit les points martelés se corroder plus activement.

L'homogénéité du métal. — Les corrosions peuvent se développer autour d'impuretés incluses dans le métal. Les échecs donnés par l'aluminium au début de son emploi en prothèse ne reconnaissaient pas d'autres causes.

Plus on multiplie les soudures et les métaux différents dans une

---

1. Hiorns, *Métallographie*, traduction de Bazin, 1905.
2. Bennejeant, *Les constituants des or-étains. Laboratoire*, 7 janvier 1912.

pièce plus elle a de chance de se détériorer en un point faible et d'occasionner une fracture.

Ainsi des crochets planés ou 1/2 joncs auxquels on aura soudé une patte de maillechort ou de victoria pour les tenir dans une plaque de vulcanite auront plus de chances de fracture qu'un plané ou un 1/2 jonc dont l'extrémité est noyée dans la plaque sans interposition de soudure. Les chances de fracture seront encore plus grandes si la patte de maillechort a été mise à nu lors du polissage. On aura réalisé une petite pile qui favorisera la corrosion électrochimique du maillechort ou de la soudure, si c'est une soudure d'argent à bas titre. S'il s'agit d'une soudure d'or ou de titre élevé, la fracture ne tardera pas à se faire à la jonction de la soudure et du maillechort. De là la nécessité d'employer pour les pattes des crochets un or de même titre, une soudure de titre aussi élevé que possible et de faire « grassement » la soudure.

L'état de la surface. — Une surface polie s'altère moins facilement qu'une surface rugueuse. Ce fait est d'observation courante pour les soudures d'or de moins de 18 carats. La mucine et les produits d'attaque insolubles empêchent jusqu'à un certain point par leur peu de perméabilité que la corrosion ne progresse. Le frottement (nettoyage à la brosse, mastication) au contraire la favorise en débarrassant le métal de tout dépôt.

Le contact avec un métal ou un alliage différent. — C'est la même chose que ce qui vient d'être dit à propos de l'homogénéité du métal. Une aurification ou un crochet au contact d'un amalgame détériorent or et amalgame, l'amalgamation de l'or se surajoutant à la destruction électrochimique de l'amalgame. Le courant électrique produit est même perçu par le patient et, joint aux produits de corrosion, donne un goût métallique désagréable. Miller[1] l'accuse avec juste raison de produire des décalcifications partielles sur les dents voisines et il en fait « in vitro » la démonstration.

A côté de cela nous pouvons ranger l'insuffisance de protection donnée par les dépôts galvaniques. Ces dépôts poreux sont inefficaces et lorsque le métal sous-jacent est mis à nu, ils favorisent manifestement son attaque. Grieves (loc. cit) rejette pour cette raison l'emploi de maillechort doré en orthodontie.

Ch. Bennejeant.

---

1. Miller, *Die Mikroorganismen der Mundhöhle* (*Théorie électrique de la carie*, p. 124).

REVUE DES REVUES

MOYEN FACILE D'OBTENIR DES RADIOGRAPHIES STÉRÉOSCOPIQUES DES DENTS

Par BALLARD LODGE, de Cleveland.

Supposons que nous voulions nous assurer de la position d'une canine supérieure gauche n'ayant pas fait éruption. Le skiagraphe montrera que cette dent est dans l'arcade, mais nous voulons savoir si elle est placée labialement ou lingualement, par rapport à la racine de l'incisive. A défaut du témoignage de la vue et avec une radiographie simple, il est impossible de le dire.

Se servir du fauteuil dentaire moderne, centrer le tube de Crookes comme pour une radiographie ordinaire, c'est-à-dire à 250 mm. de l'anode aux dents. Faire une exposition, tourner la tête du patient d'un certain nombre de degrés, puis faire une 2e exposition sans déplacer le tube. Par vues stéréoscopiques nous entendons deux images de l'objet différant seulement en ce sens que les deux positions variées des yeux conservent l'objet. Ces deux vues, brouillées quand on les voit ensemble, produisent l'effet d'une vision binoculaire et donnent à l'esprit l'idée de forme et de perspective.

Il n'est pas nécessaire, pour le but que nous poursuivons, que nous connaissions exactement le nombre de degrés dont il faut faire tourner la tête du patient, mais il est essentiel que nous opérions mathématiquement. Si les pupilles des yeux sont à 62 mm. 5 l'une de l'autre et si l'on emploie la distance de 250 mm. précitée, il importe que nous employions des valeurs proportionnelles dans la détermination des positions pour les images stéréoscopiques.

Supposons que le côté gauche d'une des fenêtres devant lesquelles on opère soit en face du patient à 93 centimètres. En plaçant une tige de 375 mm. de long dans une position horizontale avec le centre sur le châssis de la fenêtre, on obtient des images exactes, le nombre de 375 mm. est la base d'un triangle isocèle semblable à celui construit sur la base de 62 mm. 5 et dont les deux côtés égaux ont chacun 250 mm., et s'obtient à l'aide de la proportion

$$\frac{62{,}50}{250} = \frac{X}{1500}, \text{ d'où } X = \frac{62{,}50 \times 1500}{250} = 375.$$

Il est clair que les deux images obtenues, d'abord avec la figure du patient dirigée vers l'extrémité gauche de la tige pour une pose et vers le côté droit pour la deuxième pose une fois convenablement montées, serviront à des vues stéréoscopiques. Pour

obtenir cela pratiquement avec une certaine exactitude il faut avoir un objet à regarder et, dans ce but je me sers d'un crayon entier glissé au travers des cheveux au-dessus de la ligne médiane. Quand les patients sont chauves ou ont peu de cheveux, je place un ruban autour de la tête au-dessus du front. Un ruban élastique est ce qui convient le mieux. De là je tends un élastique en ligne droite et dans une direction antéro-postérieure au-dessus de la ligne médiane.

En faisant ces images, l'opérateur, après avoir centré le tube sur les dents en question et ayant placé le film dans la bouche du patient dans sa position convenable, se place derrière le fauteuil, prend la tête du patient dans ses deux mains et la repose sur l'appui-tête afin que le crayon pointe vers l'extrémité gauche de la tige. La première pose est alors terminée, le film est enlevé et, sans que le patient change de position, le second film est substitué au premier. On tourne alors la tête du patient pour que le crayon pointe vers l'extrémité de la tige et l'on prend la 2e image.

Dans tous les cas, sauf pour les enfants, je fais tenir le film par le patient en lui donnant les indications nécessaires. Pour les dents du haut on tient le film avec le pouce de l'autre main, c'est-à-dire que pour radiographier les dents du côté gauche le patient se sert du pouce droit et vice versa. Pour les dents du bas on se sert de l'index et le patient est invité à courber le doigt et à placer le côté de celui-ci contre le côté du film, pour maintenir celui-ci perpendiculaire.

Dans la technique ci-dessus on peut considérer l'anode du tube de Crookes comme un œil et, dans la 1re pose, c'est-à-dire celle où la face du patient est dirigée vers l'extrémité gauche de la tige, l'anode voit ce qu'un œil peut voir au travers d'objets opaques, car c'est l'œil gauche d'une paire d'yeux. En faisant tourner la tête du nombre de degrés voulus à droite, c'est-à-dire à l'autre extrémité de la tige, la position est celle que l'anode, en qualité d'œil, peut embrasser ce que verrait l'œil droit d'une paire d'yeux semblables. Il reste à monter les stéréogrammes obtenus pour les étudier au stéréoscope.

Si les images sont placées dans l'instrument dans l'ordre, c'est-à-dire la gauche à gauche et la droite à droite, on voit les tissus de dehors en dedans ; mais en transposant les films de façon à placer le droit où le gauche doit être et inversement, on voit les parties dans l'ordre inverse, c'est-à-dire comme si l'on regardait de dedans en dehors, c'est-à-dire que le côté lingual se montre vers l'observateur.

On peut examiner au stéréoscope des impressions d'images stéréoscopiques, mais elles sont moins satisfaisantes que les films originaux ou épreuves originales. En les regardant à la lumière

transmise, elles sont très belles à voir et l'on voit très nettement les dents séparément.

L'image ombrée unie est purement parfaite ; mais les stéréogrammes des tissus dentaires soigneusement faits se rapprochent tellement de l'idéal qu'ils laissent peu de chose à désirer.

(*Dental Summary*, janv. 1913.)

LE SÉRUM DEUTSCHMANN POUR LE TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par Carlo Belfanti.

La défense de l'organisme contre la pyorrhée alvéolaire ou périarthrite alvéolaire chronique est basée sur deux facteurs : la lutte pour la vie entre les diverses espèces microbiennes habitant la bouche ; la phagocytose plus ou moins active exercée par les cellules de l'organisme. La bactériolyse, produite par la présence dans le sang d'éléments et de complément qui, en s'unissant pour former un système fermé, neutralisant et détruisant les bactéries, concourt certainement à neutraliser et à détruire les diverses formes de bactéries. En outre, les opsonines pourraient opsoniser, c'est-à-dire sensibiliser les diverses espèces de bactéries, en les rendant aptes à être plus facilement phagocytées par les leucocytes.

La suppuration, qui, dans la pyorrhée, est certainement due aux excellentes conditions locales de développement des microorganismes et à la diminuation de résistance du tissu malade, progresse toujours avec la persistance des conditions qui l'ont causée et qui peuvent l'entretenir. Il faut y ajouter la diminution des substances antibactériques dans le foyer de suppuration, c'est-à-dire autour des culs-de-sac pyorrhéiques. Il en résulte que le traitement de la pyorrhée doit tendre à éloigner le plus possible les causes étiologiques et à stimuler et à augmenter le pouvoir de réaction de l'organisme, en augmentant le pouvoir phagocytaire et en fournissant au sang les substances qui lui manquent.

C'est en s'appuyant sur ces bases que divers auteurs ont tenté récemment la vaccination Wright, en cherchant à fournir à l'organisme appauvri des opsonines, c'est-à-dire des substances stimulantes de la phagocytose, et il semble que les expériences ainsi faites donnent des résultats assez favorables. On a essayé aussi de fournir à l'organisme des enzymes protéolytiques ou bactériolytiques tirés de cultures microbiennes ; parmi elles la pyocyanose, ferment

capable de détruire très rapidement toute une série d'espèces microbiennes sans exercer aucune action nocive sur l'organisme. La pyocyanose a été employée dans le traitement de la pyorrhée avec un certain succès,mais elle semble tout à fait inutile quand celle-ci est due à un état constitutionnel grave.

C'est en partant de cette idée que dans les diverses formes de pyorrhée, outre qu'il faut essayer d'agir sur la formation du pus dans les culs-de-sac gingivaux, il faut aider les cellules de l'organisme dans la lutte qu'elles ont entreprise contre les microorganismes eux-mêmes, lutte dans laquelle elles se trouvent dans un état d'infériorité par suite de la diminution sanguine, que j'ai cherché à faire des expériences avec le sérum Deutschmann.

C'est en 1907 que le Prof. Deutschmann, de Hambourg, a fait la première communication sur un nouveau sérum qu'il obtenait des animaux qui avaient été nourris d'une manière déterminée avec le levain ordinaire. Plus tard Deutschmann a publié d'autres articles sur son sérum, qui diffère peu de la préparation des sérums connus. Les animaux qui fournissent le sérum Deutschmann sont nourris de levain frais et le sérum obtenu n'est pas spécifié, mais il exerce une action curative dans diverses maladies infectieuses. Le sérum aide les cellules de l'organisme infecté dans leur lutte en leur donnant une énergie nouvelle. De cette façon on peut protéger l'organisme avant que celui-ci commence cette lutte et accélérer manifestement la guérison. Cette préparation fut fournie dès 1907 par le laboratoire Ruete-Enoch, de Hambourg. Plus tard Enoch réussit à séparer du sérum le principe actif qui, dissous dans l'eau à la suite d'une légère addition d'alcali, est prêt aussitôt pour être injecté. Ainsi, les expériences le prouvent, le danger d'une maladie du sérum est écarté. En outre, Enoch réussit à concentrer au double cette solution, de sorte que la quantité de liquide à injecter peut être réduite de moitié tout en ayant la même action. Le produit ainsi modifié s'appelle sérum Deutschmann E.

Les phénomènes d'anaphylaxie observés avec le sérum primitif ne se constatent pas avec la modification d'Enoch. Ce sérum se trouve dans le commerce sous ces deux formes en flacons de 4 et de 10 c. c. Il s'injecte avec les précautions d'usage sous la peau, ou mieux dans les muscles, ainsi que par la voie endoveineuse. La dose varie suivant l'âge, de 1/2 à 4 c. c.; mais des doses de 8 à 10 c. c. chez les adultes et de 4 c.c. 5, chez les enfants sont aussi supportables sans inconvénients. Les injections se font tous les 2 ou 3 jours.

Le sérum Deutschmann a été employé d'abord en ophtalmologie; il a été introduit ensuite en odontologie pas Fenchel, Zilz, Köhler, Greve, etc.; il est employé avec succès dans le traitement des sup-

purations d'origine dentaire, phlegmons, etc. surtout dans les cas, graves où, par suite de trismus complet du maxillaire, il est impossible ou dangereux d'opérer. Cependant Van de Velde, de Haarlem, conclut un de ses articles sur les sérums antistaphylococciques en conseillant l'emploi du sérum Deutschmann E. Il s'est convaincu de son action dans la staphylomycose en observant que, quoiqu'il ne soit pas spécifique, il convient admirablement pour la lutte contre les staphylocoques, surtout parce qu'il renforce la phagocytose. Neisser et Guerrini ont démontré que, si le sérum de Deutschmann ne peut opsoniser les staphylocoques, il peut augmenter considérablement les leucocytes en renforçant leur pouvoir phagocytaire.

Voici maintenant ma technique.

Dans une première séance j'enlève le tartre, 48 heures après je procède à 5 ou 6 lavages des culs-de-sac gingivaux avec de la potasse caustique à 20 °/₀, que je porte dans ces culs-de-sac avec une aiguille émoussée, autour de laquelle j'enroule des fibres de coton plongés dans cette potasse ; je fais ensuite deux lavages à l'eau oxygénée à 12 vol. pour enlever l'excès de potasse. Ces lavages sont faits en 4 fois tous les deux jours. Dans une nouvelle séance 48 heures après je fais une première injection de 1 c.c. 1/2 de sérum Deutschmann E avec une seringue à aiguille souple, dans la voûte gingivo-labiale à l'endroit des dents atteintes ; j'injecte le liquide très lentement en répartissant la dose en deux points, puis je procède à un léger massage externe de la partie pour faire ressortir le liquide. 3 ou 4 jours après je répète l'injection de 1 c. c. 1/2 de la même façon.

L'action du sérum a été suffisamment active dans 10 cas sur 11. Pour obtenir des résultats meilleurs j'ai dû commencer d'abord pendant 3 ou 4 séances un traitement local avec la potasse caustique à 20 °/₀. Dans 3 cas l'état local après l'injection s'était peu amélioré tandis que dans 7 autres cas il y a eu un bon effet après les lavages répétés, 4 fois, des culs-de-sac avec cette potasse. Ceci est d'ailleurs assez logique. C'est simplement un sérum qui agirait seulement sur la phagocytose en l'augmentant, tandis qu'il n'aurait pas d'action sur les microorganismes. Si donc nous employons le sérum dans un état pyorrhéique non modifié, c'est-à-dire dans lequel, outre des troubles de circulation dans le périodonte, il y a du pus contenu dans les poches qui ne réagissent plus sous aucun stimulant, nous plaçons ce sérum dans des conditions défavorables. C'est pourquoi, après l'expérience des premiers cas, j'ai cru opportun d'entreprendre, avant l'injection, un traitement propre à dissocier le pus tout en lavant et excitant les parois des poches pyorrhéiques. La potasse caustique me paraît apte à remplir ce but.

Quoique le sérum Deutschmann E se donne à doses de 4 c.c. au minimum, j'ai cru plus prudent d'en injecter seulement 3 à 4 c.c. en deux fois, parce que j'opère localement, tandis que les autres injectent le sérum dans une partie du corps quelconque. Dans 10 cas sur 11 la guérison a été très bonne, guérison que, dans 4 d'entre eux, j'ai pu constater encore quelques mois après. Un cas était trop grave pour que le sérum pût agir, car la pyorrhée n'était qu'une manifestation du mauvais état général et en fait la 1re injection provoqua de la douleur et de la tuméfaction des parties.

En résumé l'issue de mes expériences conseillerait l'emploi du sérum Deutschmann à la dose de 3 à 4 c.c. comme moyen assez utile pour le traitement de la pyorrhée. Il doit être joint à un traitement local et, s'il est recommandable comme adjuvant dans les cas ordinaires, il ne l'est pas dans les cas graves où tout autre traitement serait inutile.

(*La Stomatologia*, avril 1913.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye, 1913.

Réception.

La Fédération dentaire internationale a tenu sa session annuelle à La Haye les 27 et 28 août 1913 et à Amsterdam le 29 août.

Le 26 au soir une réception avait été offerte aux membres et aux invités à l'Hôtel d'Orange, à Scheveningen, par les deux Sociétés dentaires de Hollande. Un discours de bienvenue fut prononcé par M. Coebergh, d'Utrecht, président de la Société dentaire hollandaise, bienvenue à laquelle s'associa M. Van der Linde, de Zwolle, président de la Société des dentistes hollandais. M. Paterson, président de la F. D. I., répondit à l'orateur et le complimenta sur l'excellence de son discours prononcé dans les langues officielles de la Fédération.

Séance d'ouverture.

La séance d'ouverture eut lieu le 27 au matin, dans le grand hall des peintres de La Haye, Pulchri Studio, sous la présidence de M. Paterson (Londres), assisté de MM. Godon (Paris), président d'honneur ; Schäffer-Stückert (Francfort-s-le-Main), secrétaire général ; Rosenthal (Bruxelles), trésorier ; Mummery (Londres), Weiser (Vienne), Francis Jean (Paris), Brophy (Chicago), Aguilar (Madrid), vice-présidents ; Guy (Edimbourg), secrétaire adjoint ; Van der Hoeven (La Haye).

Etaient présents : MM. Förberg, Wessler et Lenhardtson (Stockholm), représentant l'Association dentaire suédoise ; Jessen et Roth (Strasbourg) ; Scheele (Cassel) ; Harrison (Brighton) ; Brooks (Banbury) ; Whittaker (Manchester) ; Thomson (Londres) ; Bostock (Kidderminster) ; Cunningham (Cambridge) ; Johson (St-Andrews) ; Page et Stewart (Edimbourg) ; Lees (Turnbridge Wells) ; Atkins (Londres) ; Henri Villain et S. Jenkins (Paris) ; Christensen (Copenhague) ; Guerini (Naples) ; Huet, Quintin, Quarterman, Mlle Schwarz (Bruxelles) ; O. Strauss (Milwaukee) ; Riethmüller (Philadelphie) ; Rhein (New-York) ; Subirana (Madrid) ; Neuhaus (La Haye) ; Coebergh et Dentz (Utrecht) ; Bruske,

de Boer et Hamer (Amsterdam) ; Van der Linde (Zwolle) ; Van Geldere (Zaandam) ; Van der Hoek (Rotterdam), etc.

M. Van der Hoeven s'exprima ainsi :

« Au nom des deux sociétés dentaires de Hollande j'ai le grand plaisir de vous souhaiter une très cordiale bienvenue. Nous sommes fiers que vous soyez venus en Hollande pour la seconde fois depuis la fondation de la F. D. I. La première fois, en 1907, la session eut lieu à Amsterdam et nous nous rappelons tous avec regrets qu'elle aurait été présidée par notre bien-aimé Miller, si la mort ne nous l'avait enlevé subitement. Ses idées, toutefois, sont restées parmi nous dans le discours sur l'enseignement dentaire qu'il avait préparé pour cette session et qui y fut lu. Il est certain que c'est principalement grâce à son influence et à son autorité que les principes fondamentaux du progrès de l'enseignement dentaire furent posés à la session d'Amsterdam et adoptés l'année suivante à Bruxelles.

» Cette année nous songions encore à vous recevoir à Amsterdam, où l'installation dans les locaux de l'Université est bien meilleure ; toutefois, comme nous avons pensé que vous aimeriez vous réunir à La Haye à l'époque de l'inauguration du Palais de la Paix, nous avons décidé de vous y inviter. Je regrette qu'il ait été impossible d'obtenir une invitation pour que la F. D. I. assiste à la cérémonie de l'inauguration ; mais si je vous dis que 300 hautes personnalités seulement, diplomates et représentants officiels, y seront présentes, vous comprendrez pourquoi notre requête ne pouvait être accueillie.

» En ce qui concerne l'enseignement dentaire en Hollande, je suis heureux de vous annoncer qu'il a été promulgué une nouvelle loi réglementant les études dentaires conformément aux idées de la F. D. I. L'enseignement de la dentisterie pratique était déjà bien établi depuis que notre estimé collègue Grevers, continuant l'œuvre du Dr Dentz, fut nommé directeur de l'Institut dentaire d'Utrecht et réunit autour de lui tout un état-major de professeurs de dentisterie conservatrice et d'orthodontie capables. D'après la nouvelle loi il sera créé à cette Université un cours spécial des branches accessoires de la science dentaire (anatomie, physiologie, pathologie, histologie, chirurgie, matière médicale et thérapeutique), ainsi que de la partie théorique de cette science. »

M. Paterson, président, remercie M. Van der Hoeven, ainsi que les sociétés dentaires de Hollande, au nom de la F. D. I., et prononce le discours suivant :

Mesdames et Messieurs,

« En venant à La Haye au moment où se prépare activement

la cérémonie d'ouverture du Palais de la Paix, la F. D. I. montre au plus haut degré la valeur et l'importance de l'internationalisme pour la diffusion et le développement des connaissances humaines et leurs rapports avec le règlement pacifique des affaires temporelles.

» Nous autres, membres d'une profession qui exerce une petite, mais importante branche de la science et de l'art de la médecine, nous venons dans ce nouveau centre d'activités intellectuelles mondiales sans avoir de graves conflits à régler. Il n'y a pas de *status belli* dans notre monde professionnel ni même de dissensions dans nos rangs.

» Nous venons de divers pays dans cette ville pour échanger des idées sur des matières intéressant notre Fédération et pour examiner les questions se rattachant au Congrès dentaire international de Londres en 1914.

» Notre tâche n'est pas seulement personnelle ni limitée à la profession dentaire, mais elle a un but ultime : le bien de l'humanité.

» Je vous dois quelques explications de notre venue à La Haye.

» Comme beaucoup d'entre vous le savent, il avait été décidé à Stockholm en 1912 d'accepter l'invitation de l'Association dentaire nationale américaine, si cordialement transmise par le Dr Brophy, de nous réunir en Amérique cette année. Toutefois, il s'est produit, depuis, des événements qui ont empêché la réalisation de ce louable projet. En premier lieu la F. D. I. ne désirait pas se réunir dans un endroit trop éloigné et émit l'espoir qu'une ville de la côte de l'Atlantique pût être choisie. M. Aguilar, qui a assisté en septembre 1912 au Congrès annuel de cette Association à Washington avec notre délégation, apprit à son arrivée que Kansas City avait été choisie par l'Association pour sa prochaine réunion. Connaissant notre désir de tenir notre session dans la même ville, si possible, que l'Association, il exposa la situation à nos hôtes futurs et il intervint une entente amiable aux termes de laquelle la F. D. I. était dégagée de sa promesse de se rendre en Amérique cette année. Comme la Hollande et l'Espagne nous avaient invités et comme nos votes avaient témoigné d'une légère préférence en faveur du premier pays, il fut décidé par le Conseil exécutif d'accepter l'invitation de nous réunir à La Haye. C'est pourquoi nous sommes ici aujourd'hui.

» En raison de l'inauguration du Palais de la Paix, je pense que vous estimerez que nous sommes venus dans un centre convenant à des réunions internationales et que nous avons reçu une réception très cordiale de la part de nos confrères hollandais. Je leur exprime en votre nom notre vive reconnaissance de leur accueil

confraternel ; nous sommes très heureux de ce qu'ils ont déjà fait pour nous et nous nous réjouissons par avance de ce qu'ils feront.

» A Stockholm j'ai demandé que le Conseil exécutif examine les moyens de provoquer de l'enthousiasme chez les personnalités les plus marquantes de la profession dentaire dans les divers pays pour qu'elles concentrent leurs pensées et leurs efforts en faveur du Congrès dentaire international qui se tiendra à Londres la première semaine d'août 1914. Vous nous avez chargés, mes collègues et moi qui représentons l'Association dentaire britannique à la F. D. I., d'agir comme vos délégués dans le Comité d'organisation de ce Congrès. En temps voulu nous présenterons un rapport sur ce que nous avons fait dans ce Comité et c'est à la suite de ce rapport que j'espère que vous serez amenés à prêter votre précieux appui à ma proposition.

» A propos de ce Congrès vous me permettrez de vous annoncer deux choses qui, je l'espère, vous feront plaisir.

» La première, c'est que S. M. le roi Georges d'Angleterre a gracieusement consenti à prendre sous son patronage le 6e Congrès dentaire international. Des Congrès dentaires internationaux antérieurs ont eu lieu sous les auspices de Gouvernements, mais nous n'avons jamais eu l'honneur signalé du patronage personnel du souverain ou du président du pays dans lequel ces Congrès se sont tenus.

» Nous pouvons donc espérer que cette reconnaissance de notre prétention d'être considérés comme un corps savant se reproduira dans tous les Congrès à venir.

» La seconde, c'est que le Ministre des Affaires étrangères de la Grande-Bretagne a consenti à inviter les Gouvernements de tous les pays représentés dans la F. D. I. à envoyer des délégués officiels au Congrès de Londres et il a déjà lancé des invitations aux Ministres des Affaires étrangères de ces pays.

» Je passe maintenant à d'autres événements survenus depuis notre dernière réunion à Stockholm.

» En premier lieu, c'est avec des regrets sincères que je vous fais part de la mort d'un de nos plus anciens collègues, présent à la fondation de la F. D. I., Victor Haderup. Son souvenir vivra longtemps parmi ceux qui ont eu le plaisir de le connaître ; c'était un travailleur infatigable dans tout ce qui avait trait à l'honneur et au bien de sa profession, un confrère loyal, un grand cœur.

» Ceux d'entre nous qui étaient à Copenhague en 1902 se rappelleront avec un plaisir mêlé d'émotion la cordialité de son accueil et la générosité de son hospitalité. Nous connaissions depuis longtemps l'état chancelant de sa santé. Son œuvre en hygiène dentaire publique ne devait pas toutefois demeurer stérile par défaut

d'appui, et le Danemark peut être fier de la situation qu'il occupe en matière de santé publique. Il ne nous reste plus à dire de ce collègue qu'une chose : qu'il repose en paix.

» A propos d'hygiène j'ai prié le prof. Jessen de représenter la F. D. I. à l'inauguration du Dispensaire dentaire Forsyth, à Boston (Etats-Unis) cet automne et il a consenti à le faire. En nous représentant dans cette circonstance le prof. Jessen se trouvera contribuer à l'achèvement d'une grande œuvre de charité privée ayant pour but l'intérêt public et l'intérêt de l'Etat, une œuvre qui, avec sa grande expérience des cliniques dentaires publiques d'Allemagne et d'ailleurs, lui permettra d'embrasser les plus petits détails. Nous serons heureux de recevoir de lui un rapport à cet égard.

» Le Congrès des associations internationales s'est tenu cette année à Bruxelles et nous avons à remercier M. Huet de nous avoir représentés officiellement dans cette circonstance. Sa compétence en matière de bibliographie le désignait pour prendre part à ce Congrès, et plus tard il nous rendra compte de sa délégation.

» En avril dernier j'ai reçu comme président de la F. D. I. une cordiale invitation à assister à la célébration du cinquantenaire de la Société des chirurgiens-dentistes allemands à Francfort-sur-le-Main sous la présidence de notre secrétaire général, M. Schäffer-Stückert. C'est avec regret que j'ai été empêché par d'autres obligations d'assister à cet événement intéressant ; mais je suis convaincu que la F. D. I. ne pouvait pas mieux être représentée que par notre collègue hautement estimé, qui a présidé, d'après ce que j'ai appris, cette cérémonie avec un grand éclat.

» Je dois signaler deux faits qui ont de l'intérêt pour la F. D. I.: je veux parler des banquets offerts au Dr Brophy, à Chicago, et au Dr Godon, à Paris. Je suis heureux de dire que la F. D. I. était représentée à ces deux manifestations par des adresses et j'ai plaisir à croire que les honneurs accordés à nos estimés collègues étaient dignes de ces solennités.

» Je n'ai pas l'intention de vous rendre compte, dans cet exposé sommaire, des travaux des Commissions d'hygiène, d'enseignement et de bibliographie, car il en sera parlé avec plus de compétence dans les discours des présidents de ces Commissions.

» Cette session de la F. D. I. est l'avant-dernière avant le Congrès. En août 1914 nous résignerons nos fonctions et la 3e période quinquennale de notre existence comme F. D. I. ou Bureau permanent des Congrès se terminera. Il est donc nécessaire que nous examinions notre situation et commencions à régler nos affaires avant de faire notre rapport final au Congrès.

» Parmi les questions qu'il nous faut élucider jusque-là sont les suivantes :

» 1° Modifications de nos règlements jugées nécessaires pour l'avenir ;

» 2° Préparation des derniers rapports sur les questions étudiées par les Commissions pendant le quinquennal 1909-1914 ;

» 3° Attribution du prix Miller, en 1914 pour la 3e fois. Je prie les membres de la F. D. I. de faire une publicité suffisante à l'annonce de cette récompense dans les journaux de leurs sociétés et autres organes officiels ou professionnels des pays auxquels ils appartiennent ;

» 4° Examen des invitations que nous pourrons recevoir pour le Congrès qui succédera à celui de Londres ; nous aurons à prendre une décision sur laquelle nous présenterons un rapport à la séance de clôture du Congrès de 1914.

» Il semble donc que nous avons des sujets importants pour exiger notre plus sérieuse attention d'ici au 3 août 1914, date que je vous propose pour notre prochaine session.

» A propos de réunions je vous dirai que j'ai reçu une invitation officielle du Comité d'organisation du Congrès dentaire Panama-Pacifique qui se tiendra à San-Francisco pendant l'exposition de Panama destinée à célébrer l'ouverture du canal, c'est-à-dire le dernier lundi d'août 1915 et les 10 jours suivants. Ce n'est pas à proprement parler un Congrès dentaire international officiel ; néanmoins il attirera des professionnels de toutes les parties du monde et les membres de l'Association dentaire nationale américaine, dont l'assemblée annuelle aura lieu dans cette ville, y assisteront. Jusqu'à présent je n'ai pas fait de réponse officielle au nom de la F. D. I. et je me suis borné à assurer de ma bonne volonté pour aider le Comité dans la mesure de mes faibles moyens.

» Pour terminer il me reste à vous remercier de votre présence à cette session et de l'attention que vous avez prêtée à mes paroles.

» J'ai confiance que nous pourrons continuer de travailler ensemble jusqu'à l'expiration de nos fonctions dans l'esprit de bonne confraternité qui a si agréablement caractérisé nos débats dans le passé. »

(A suivre.)

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Le Bureau de la F. D. N. s'est réuni le 10 novembre sous la présidence de M. Blatter, président, à 6 heures du soir.

Après lecture de la correspondance, il a adopté une circulaire à envoyer aux présidents des Sociétés adhérentes pour leur adresser un appel en faveur du Congrès dentaire international de Londres en 1914 (Nos lecteurs trouveront cette circulaire d'autre part).

Il a dressé, en tant que Comité de patronage et de propagande de ce Congrès, la liste des candidatures de vice-présidents français de sections à soumettre au Comité d'organisation de ce Congrès.

Il a décidé de contribuer à la propagande en faveur du Congrès de l'A. F. A. S. de 1914, afin que la réunion de la Section d'Odontologie revête, comme celles des autres sections, le caractère d'un véritable Congrès national.

Il a examiné les démarches à continuer en vue d'améliorer la situation des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire et émis l'avis que le Comité national français d'hygiène dentaire intervienne dans le même sens auprès des pouvoirs publics. Il a adopté sur cette question l'ordre du jour suivant, qui a été immédiatement transmis au Sénat :

« Le Bureau de la F. D. N., réuni le 10 novembre 1913, considérant : que le Parlement est actuellement saisi par le Gouvernement d'un projet de loi de redressement de la loi militaire du 7 août 1913 ; que dans les discussions qui ont précédé le vote de la loi militaire du 7 août 1913, M. Strauss, au Sénat, M. Méquillet, à la Chambre des députés, ont appelé l'attention sur le rôle des chirurgiens-dentistes à l'armée au double point de vue de l'hygiène dentaire des soldats et de la situation des dentistes militaires ; que, s'il n'a pas paru possible de créer un grade de dentiste auxiliaire, du moins on a reconnu que l'hygiène dentaire des soldats autant que les études des élèves en chirurgie dentaire nécessitaient que dans la loi de redressement il fût tenu compte de la situation spéciale faite aux chirurgiens-dentistes par les circulaires ministérielles d'octobre 1907 et de décembre 1910 utilisant les services professionnels des jeunes dentistes pendant la durée de leur présence sous les drapeaux pour les cliniques régimentaires ou hospitalières, demande ce qui suit :

« 1° Les jeunes gens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste ou de huit inscriptions en chirurgie dentaire seront, après leur première année de service militaire, affectés aux cliniques den-

taires régimentaires ou aux services spéciaux des hôpitaux militaires avec le titre de dentiste militaire.

» Un règlement d'administration publique déterminera leur situation dans le Corps de santé militaire et les conditions dans lesquelles ils pourront y obtenir des grades.

» 2° Les étudiants en chirurgie dentaire pourront, comme tous les étudiants de l'enseignement supérieur, bénéficier des sursis d'incorporation après la prise au moins d'une inscription de scolarité. »

CONGRÈS DE LONDRES, 1914

La circulaire suivante a été adressée par la Fédération dentaire nationale aux sociétés adhérentes:

Paris, 10 novembre 1913.

Monsieur le président et cher confrère,

Le 6e Congrès dentaire international aura lieu à Londres du 3 au 8 août 1914 ; il est placé sous le patronage du roi d'Angleterre qui, le premier de tous les chefs d'Etat, a donné une telle marque de bienveillance et d'intérêt à une réunion de chirurgiens-dentistes. De plus, le Gouvernement anglais, par l'intermédiaire du Ministre des Affaires étrangères, a invité les Gouvernements étrangers à désigner des représentants officiels pour assister à cette assemblée professionnelle. C'est vous dire dès à présent le caractère que nos voisins d'Outre-Manche entendent donner à ces assises scientifiques.

Le Congrès comprendra dix sections embrassant toutes les branches de la science odontologique et de l'art dentaire pratique ; son domaine sera donc très vaste. Ces sections sont les suivantes :

1° Anatomie, histologie et physiologie dentaires ;

2° Pathologie et bactériologie dentaires ;

3° Chirurgie et thérapeutique dentaires ;

4° Physique, chimie, mécanique et métallurgie dentaires ;

5° Prothèse dentaire ;

6° Orthodontie ;

7° Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale ;

8° Anesthésie générale et locale ;

9° Hygiène buccale, instruction publique et services dentaires publics ;

10° Enseignement dentaire.

Le Comité d'organisation, secondé par la Fédération dentaire internationale en tant que Bureau permanent des Congrès, travaille activement à la préparation de cette grande assemblée où

pourront être présentés tous les travaux, toutes les inventions, tous les perfectionnements, toutes les découvertes intéressant l'art dentaire qui ont vu le jour depuis le Congrès de Berlin, 1909.

Il ne vous échappera pas que la profession française doit tenir à l'honneur d'occuper une place proéminente dans cette réunion internationale. Il importe que l'odontologie française figure en bon rang et par une large représentation à côté des chirurgiens-dentistes de tous les pays. Il faut que nous montrions à tous que nous sommes les dignes continuateurs de Fauchard, le créateur de la dentisterie, et que si, à un moment, les praticiens français ont eu quelque chose à envier, ils tiennent à présent le même rang que ceux des autres nations sous le double rapport du savoir et de la technique.

Cela sera d'autant plus facile que le français sera une des trois langues officielles du Congrès, comme il est une des langues officielles de la Fédération dentaire internationale, cette grande œuvre qui a vu le jour en France.

L'Angleterre est très voisine de la France; le voyage à Londres n'est ni long, ni fatigant, ni coûteux. Le Congrès aura lieu tout à fait au début des vacances et, par conséquent, ne les interrompra pas. Nous nous devons, d'ailleurs, à nous-mêmes d'être auprès de nos amis sur le terrain scientifique, comme nous sommes auprès d'eux sur le terrain politique depuis la conclusion de l'entente cordiale.

Enfin, un Congrès est toujours une vaste école d'enseignement mutuel où même le plus savant, même le plus habile ont inévitablement quelque chose à apprendre, dont ils profitent et dont ils font profiter leurs patients.

Nous ne saurions donc trop insister, monsieur le président et cher confrère, pour vous prier de vouloir bien adresser un appel aux membres de votre société afin de les engager à prendre part au Congrès de Londres, à s'y préparer dès à présent afin qu'ils y apportent les résultats de leurs recherches, de leurs observations, de leur expérience.

Je vous rappelle que, sur l'invitation du Comité d'organisation, le Bureau de la Fédération dentaire nationale s'est constitué, dans sa séance du 20 mai dernier, en Comité de patronage et de propagande du Congrès de Londres et que nous nous tenons à votre disposition pour tous les renseignements dont vous pourriez avoir besoin.

Veuillez agréer, etc.

Le président, A. BLATTER.

Le secrétaire général, HENRI VILLAIN.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Le Conseil d'administration de l'Association s'est réuni le samedi 15 novembre, à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Blatter, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

20 membres étaient présents.

Après adoption du procès-verbal du 11 février 1913, il a ratifié les décisions prises par le Bureau dans ses séances des 18 et 25 février, 18 mars, 16 avril, 18 juin, 30 septembre et 14 octobre 1913.

Il a nommé M. Thuillier (de Rouen) membre honoraire du Conseil et M. L. Lemerle, ancien président de l'Association, qui quitte la profession, président honoraire de l'Association.

Il a entendu et approuvé un rapport du secrétaire général sur la proposition de M. Graff relative à la crise de l'apprentissage, rapport préconisant divers moyens de propagande pour faire connaître la profession de mécanicien-dentiste dans les milieux scolaires et les Comités de patronage des apprentis.

Il a également entendu et approuvé un rapport du secrétaire général sur la proposition de M. Zimmermann relative à la création d'une médaille à décerner, au nom de l'Association, aux opérateurs et mécaniciens-dentistes.

Nous publierons dans un prochain numéro le règlement de l'attribution de cette médaille et des récompenses qui y ont été ajoutées, règlement devant entrer en vigueur le 1er mai prochain.

Il a, de même, entendu et approuvé un rapport du secrétaire général sur trois exposés de M. Monnin relatifs à la F. D. N. etc., qui seront publiés en partie dans *L'Odontologie* et adressés à la F. D. N., qu'ils concernent plus spécialement.

Il a prononcé un certain nombre d'admissions, accepté quelques démissions et radié pour défaut de paiement quelques sociétaires.

Il a entendu et approuvé le rapport de la Commission syndicale, ainsi que le rapport de la Commission de prévoyance, accordé des bourses et secours d'études.

Il a décidé que l'Association sera représentée à la manifestation de sympathie organisée en l'honneur de M. L. Lemerle et qu'elle participera à la souscription ouverte à cet effet.

La séance s'est terminée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI VILLAIN.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

(C. N. F. H. D.)

Les lettres circulaires suivantes ont été adressées, par le C.N.F.H.D. aux Présidents des Syndicats généraux du Commerce et de l'Industrie et aux maires des arrondissements de Paris :

Paris, le 15 juillet 1913.

Monsieur le président,

Dans sa dernière réunion le Comité national français d'hygiène dentaire a décidé de se mettre en rapports avec les conseils d'administration des Syndicats généraux du Commerce et de l'Industrie et d'attirer leur attention sur l'importance de l'hygiène dentaire au point de vue économique et social.

Depuis nombre d'années déjà, ce problème occupe un grand nombre de pays étrangers. L'Angleterre, l'Allemagne, la Russie, l'Autriche et surtout les pays scandinaves ont compris le danger que fait courir à l'individu le mauvais état de la bouche et des dents et ont commencé la lutte contre la carie dentaire. Des services d'inspection dentaire ont été institués dans les écoles, dans les usines, dans l'armée, dans la marine de plusieurs pays. Des administrations privées, des compagnies d'assurance, des mutualités ont organisé parfois gratuitement les soins dentaires pour tous leurs membres. Les caisses d'assurances contre la maladie, à Berlin, par exemple, donnent gratuitement les soins dentaires et même des appareils de prothèse dentaire à leurs membres parce qu'elles ont constaté qu'elles réalisaient de ce fait une notable économie sur les indemnités pour maladies qu'elles payaient auparavant. L'hygiène dentaire est répandue par les Gouvernements, par les Administrations publiques ou privées non seulement dans un but d'hygiène générale, mais aussi dans le but d'améliorer, en même temps que la santé et le bien-être de leurs sujets ou de leurs administrés, leur puissance de production et leur rendement industriel.

Voici ce que disait à ce propos M. le Professeur Jessen, de Strasbourg, à la dernière session de la Fédération dentaire internationale tenue à Stockholm en août 1912 :

« La mauvaise denture entraîne des troubles de nutrition sérieux, favorise le développement de l'artério-sclérose et amoindrit la résistance contre les maladies infectieuses, notamment la tuberculose, et cela tend à abréger la vie. La jeunesse est le plus

grand capital d'une nation. La santé de la jeunesse représente de la richesse, mais celle-ci est dissipée par la maladie et une mort prématurée. L'Allemagne a 65 millions d'habitants, mais 20 millions seulement soignent leurs dents. Cette absence de soins de la part de 45 millions d'individus coûte à la nation allemande des centaines de millions, payés par des institutions, des ouvriers et des patrons. M. Volz a montré par des statistiques qu'on pourrait économiser au moins 210 millions de francs annuellement par la suppression des heures de travail perdues par suite des maladies de cause dentaire plus ou moins éloignées si les soins dentaires étaient observés dans toute l'Allemagne. Le Comité national allemand d'hygiène a une tâche gigantesque pour convertir à cette idée ces 45 millions d'habitants. Dans d'autres pays la situation n'est pas meilleure et l'on peut comprendre ainsi que la Commission d'hygiène de la Fédération dentaire internationale se voie débordée par une entreprise considérable, dont le succès ne peut être assuré que par l'assistance de tous les comités nationaux. A eux d'employer toute leur énergie et d'aller de l'avant hardiment et obstinément vers le but magnifique qui est devant nous. »

Notre Comité national s'efforce de développer en France toutes les œuvres intéressant l'hygiène dentaire dans les différents milieux scolaires, militaires, industriels; aussi nous avons pensé que les Chambres syndicales pouvaient être intéressées par le but que nous poursuivons et qu'elles voudraient bien nous accorder leur appui en nous aidant pécuniairement si possible et en propageant les idées que nous représentons au moyen de leurs publications et de leurs journaux. C'est dans ce but que nous vous adressons ci-joint un exemplaire de nos statuts et de notre circulaire, que nous vous serions très reconnaissants de vouloir bien insérer dans votre prochain bulletin.

Le Comité national français d'hygiène dentaire se met à votre entière disposition pour l'organisation de services dentaires, de conférences ou de tous les autres moyens de propagande qui pourraient intéresser l'important groupement que vous représentez.

Veuillez agréer, etc.

Le président, Dr ROY. — *Le secrétaire,* Dr RAYMOND LEMIÈRE.

Paris, le 15 octobre 1913.

Monsieur le Maire,

Depuis quelques années il existe dans les principales villes du Nord de l'Europe des cliniques dentaires scolaires instituées aux frais des municipalités. En Allemagne, en Angleterre, en Suède,

en Norvège, en Danemark, nombre de villes examinent les dents des enfants et donnent les soins gratuits aux indigents. Ces soins dentaires, assurés par des chirurgiens-dentistes rétribués par les villes, fonctionnent de façon régulière.

Il est profondément pénible pour les Français ayant vu fonctionner ces services à l'étranger de constater qu'il n'existe pas d'organisation semblable en France et à Paris notamment. Il convient de reconnaître cependant qu'un premier jalon a été jeté et notre Comité, qui se propose de répandre l'hygiène dentaire dans tous les milieux et qui est parvenu, grâce à la bienveillance de la municipalité du 8e arrondissement, à obtenir la création d'une clinique dentaire scolaire, qui fonctionne depuis un an de façon très satisfaisante pour le plus grand avantage des enfants des écoles.

Nous venons vous demander si vous ne pourriez pas, dans votre arrondissement, réaliser cette importante amélioration de l'hygiène scolaire.

Nous vous envoyons le rapport relatif à la création de ce service et divers documents concernant le Comité d'hygiène, statuts, etc. Vous trouverez, certainement, dans votre arrondissement des dentistes, qui, par philanthropie, assureront le service une fois par mois. A leur défaut, le Comité national français d'hygiène dentaire pourrait vous procurer des titulaires pour ces fonctions.

Comme au VIIIe arrondissement les premiers frais d'organisation pourront sans doute être supportés par la caisse des Ecoles, et nous sommes au surplus entièrement à votre disposition pour les renseignements dont vous pourriez avoir besoin pour cette création.

Nous nous permettons de vous rappeler, monsieur le Maire, toute l'importance pour les écoliers d'une bonne hygiène de la bouche et des dents. Le mauvais état de la dentition, la septicité du milieu buccal peuvent déterminer les plus grandes maladies, la tuberculose en particulier.

La prophylaxie est facile, avec une inspection dentaire régulière, complétée par les soins donnés aux indigents, soit par les cliniques des établissements hospitaliers, à défaut d'un dispensaire municipal.

Nous espérons, monsieur le Maire, que vous voudrez bien prendre en considération notre démarche et que bientôt la Ville de Paris pourra, par ses organisations d'hygiène dentaire municipales scolaires, rivaliser avec les cliniques des pays étrangers.

Veuillez agréer, etc.

Le président, — *Le secrétaire général,*

Dr MAURICE ROY. — Dr RAYMOND LEMIÈRE.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

34e SÉANCE ANNUELLE DE RÉOUVERTURE DES COURS ET DE DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

La 34e séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses a eu lieu le lundi 17 novembre 1913 à 9 heures du soir, à l'École dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, sous la présidence de M. Godon, président-directeur, entouré des membres du Conseil d'administration et des membres du corps enseignant.

Le directeur a prononcé l'allocution que nous reproduisons ci-dessous, dans laquelle il a examiné le caractère et les résultats de la réforme des études dentaires du 11 janvier 1909, montré la nécessité d'être un praticien instruit et habile et a rappelé aux élèves les devoirs de solidarité qui leur incombent et qu'ont si bien remplis leurs devanciers, ce qui a permis, il y a 34 ans, la création de l'École dentaire de Paris et a assuré, depuis, son fonctionnement et son développement constant.

M. Roy, directeur de l'enseignement et professeur de thérapeutique spéciale, a fait la leçon inaugurale de son cours. Il a exposé que la thérapeutique spéciale traite de toutes les affections du ressort du dentiste, signalé l'importance de la thérapeutique, aboutissant de toutes les sciences médicales, et tributaire de toutes ces sciences, en particulier de la pathologie. Les organes dentaires comportent une thérapeutique toute particulière parce que, seuls de l'organisme, ils ne se rénovent pas. Le cours, a-t-il dit, s'occupe de raisonner et de rechercher les causes qui font agir le dentiste dans les différents actes qu'il doit accomplir.

Il a fait l'historique de la thérapeutique dentaire, en s'étendant sur le rôle de Pierre Fauchard, rappelé les principales découvertes et inventions en odontologie, signalé les progrès de la thérapeutique dentaire. En faisant allusion au rôle joué par M. Godon lors de la fondation de l'École dentaire de Paris, il a provoqué une ovation pour ce dernier.

Il a terminé en engageant les élèves à rester au courant des progrès, une fois leurs études terminées, afin de tenir toujours bien haut le drapeau de l'art dentaire français.

M. G. Villain, secrétaire général, a fait part des excuses de MM. le Prof. Desgrez et Pont, directeur de l'Ecole dentaire de

Lyon, puis a donné lecture du palmarès. L'annonce des principaux prix a soulevé chaque fois une salve d'applaudissements.

M. Godon a fait alors remise de la médaille d'or des professeurs à M. Jeay, dans les termes que nous reproduisons plus loin, au milieu des applaudissements répétés de l'assistance.

M. Jeay a remercié et la séance a pris fin.

Un lunch a réuni pendant quelques instants le Conseil d'administration, le Corps enseignant et les lauréats.

ALLOCUTION DE M. GODON

Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Mes chers collègues, chers élèves,

Mon intention n'est pas de vous faire un long discours, mais seulement de vous dire quelques mots avant la leçon inaugurale que doit vous faire votre professeur de thérapeutique spéciale, mon excellent collègue et ami, M. le Dr Roy, notre très dévoué directeur de l'enseignement.

Je désire seulement, au nom du Conseil d'administration, souhaiter la bienvenue aux nouveaux élèves de cette école et adresser quelques paroles d'encouragement aux anciens.

Notre séance de réouverture des cours et de distribution de récompenses conserve, cette année encore, un caractère de simplicité scientifique qui convient mieux en ce moment à la phase nouvelle dans laquelle nous sommes entrés depuis l'application de la réforme des études dentaires instituée par le décret du 11 janvier 1909.

Cette réforme n'aura donné son plein effet que vers 1915. Ce n'est donc pas avant deux ans au moins qu'il sera possible d'en apprécier toute la portée avec quelque justesse. Mais nous pouvons néanmoins déjà dire, d'après ce que nous savons, que les résultats qu'elle donnera, au point de vue du progrès et de l'évolution odontologiques, seront conformes à nos prévisions, aux principes que nous défendons, et qu'ils justifieront l'enthousiasme avec lequel cette

réforme a été accueillie dans notre groupement professionnel.

En ce qui vous concerne, mes chers élèves, vous y voyez surtout une prolongation importante de vos études, une augmentation du nombre de vos examens et vous êtes moins disposés que nous ne l'étions à l'enthousiasme, je le comprends bien.

Pourtant, laissez-moi vous dire que, lorsque vous aurez terminé avec fruit ces longues études, subi avec succès ces multiples examens, ce que je vous souhaite (et nous vous y aiderons de tous nos efforts, croyez-le bien), vous apprécierez mieux l'importance et l'utilité de cette réforme et vous vous féliciterez d'en avoir profité.

Vous y verrez, avec une juste fierté, une augmentation de la valeur professionnelle du chirurgien-dentiste français et du diplôme que vous aurez conquis ; vous constaterez qu'il en résultera plus de considération, plus de prestige pour la profession que vous avez choisie. Vous avez, sachez-le, deux maîtres très exigeants à satisfaire, l'Etat d'abord, puis le public. L'Etat qui ne vous donnera, avec son diplôme, le droit d'exercer que si vous fournissez à ses représentants, les examinateurs de la Faculté de médecine, la preuve que vous pourrez sans danger user de tous les droits et privilèges qui découlent pour vous de la loi du 30 novembre 1892, notamment l'emploi des substances toxiques, la pratique de l'anesthésie, etc...

Le public, lui, vous demandera, à son tour, que vous lui donniez chaque jour la preuve que vous connaissez bien votre art dans toutes ses parties, que vous êtes un praticien accompli, habile, honnête, consciencieux, rompu à toutes les difficultés de la technique et capable, en un mot, de le faire bénéficier de tous les progrès réalisés dans la science odontologique, de tous les avantages que peuvent offrir la dentisterie et la prothèse modernes.

Pour vous préparer à ce double rôle, vous trouverez ici tous les cours scientifiques et médicaux et tous les cours techniques nécessaires avec leurs applications journalières,

au Dispensaire de l'Ecole. Vous y trouverez également un personnel de maîtres et d'administrateurs des plus bienveillants et des plus dévoués à l'œuvre d'enseignement odontologique qui est le but principal de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Vous trouverez encore dans cette institution un autre enseignement dont je dois vous parler : l'enseignement de la bonne confraternité et de la solidarité qui résultent de l'organisation même et du but de notre Groupement professionnel ; de cette association nombreuse de confrères, dont j'ai le plaisir de voir ici les principaux représentants, aimant leur profession, dévoués à son perfectionnement, qui depuis de longues années n'ont cessé d'en poursuivre avec persévérance la réforme et de travailler à son évolution suivant un programme et des principes déterminés. Ils dépensent sans compter leur temps et leurs efforts pour que les jeunes générations puissent trouver ici non seulement l'aide et l'appui que peut offrir une Société professionnelle prospère et bien organisée, mais encore la possibilité de se créer une situation sociale meilleure.

C'est l'exemple qu'ils vous ont donné, qu'ils continuent à donner tous les jours, qui est par lui-même cet enseignement d'altruisme sur lequel je tiens, en terminant, à appeler votre attention, persuadé qu'à votre tour, et c'est la seule récompense qu'ils vous demandent, vous voudrez, comme vos aînés, quand vous serez entrés dans la carrière, apporter votre concours au développement de cette œuvre commune d'union et de progrès professionnels.

Et l'Ecole dentaire de *Paris* pourra, une fois de plus, être fière de ses diplômes. (*Applaudissements prolongés.*)

REMISE DE MÉDAILLE A M. JEAY,

Professeur

Par M. Godon,

Directeur.

Après avoir distribué des récompenses aux élèves, il est bien légitime d'en attribuer aux maîtres.

Chaque année, suivant une tradition qui remonte à la fondation de l'Ecole, le Conseil d'administration, désireux de reconnaître, dans la mesure de ses moyens, les services rendus à l'enseignement et le dévouement à l'institution, accorde une médaille d'or au plus ancien professeur. Cette fois il a fait choix de M. Jeay, qui remplit cette double condition, puisque, à côté de son rôle enseignant, il a aussi des fonctions administratives. Il m'est particulièrement agréable de remettre cette médaille à M. Jeay qui, après avoir été élève ici, il y a plus de 20 ans de cela, y est devenu professeur.

Diplômé de l'Ecole en 1892, il a été successivement :

Démonstrateur d'anesthésie (5 février 1894),

Chef de clinique — (21 février 1899).

Réinvesti pour 3 ans le 24 juin 1902, il a été nommé professeur suppléant de clinique d'anesthésie le 13 février 1906, et professeur titulaire le 21 février 1911.

En dehors de ses fonctions dans l'enseignement, il a été, dans l'ordre scientifique :

Secrétaire des séances de la Société d'Odontologie,

Vice-président de la Société d'Odontologie (octobre 1906), de nouveau vice-président en octobre 1911 ; il en est président actuellement depuis octobre dernier. Il a été secrétaire rapporteur de la section d'anesthésie au 3e Congrès dentaire international de Paris (1900). Il est l'auteur de nombreuses publications dans *L'Odontologie* et de nombreuses communications à la Société d'Odontologie.

Dans l'ordre administratif, il est membre du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Il serait superflu de faire ici l'éloge de M. Jeay, qui est pour nous un collaborateur des plus précieux. En lui remettant ce modeste souvenir, je tiens à lui exprimer, au nom du Conseil d'administration, notre gratitude et à lui dire que nous nourrissons l'espoir de le conserver encore de longues années parmi nous. *(Applaudissements répétés.)*

PALMARÈS

Scolarité 1912-1913.

4e Année dite de Perfectionnement.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole.

Session de juillet.

Mlle	Lagarrigue	295 1/2
MM.	Pascalidès	289
	Goldenberg	282
	Souza y Kaulffus	272
	Motta-Ferraz	256 1/2
MM.	Gastal	249
	Moralès-Antunès	229 1/2
	Sarrandiddès	220 1/2
	Carlos-Sylva	218 1/4
	Guimarès	217 3/4

3e Année.

Session de juillet.

MM.	Cottarel	317
	Calteux	249
	Williams	239 1/2
	Gutenkauf	232
	Boyer	230 1/2
	Coumeig	226 1/2
MM.	Rouxel	226
	Muller	223 1/2
	Cuny	221 1/2 } *ex-æquo*
	Nevzad	221 1/2 } *ex-æquo*
	Legros	

4e Année.

Session d'octobre.

Mme	Malmberg	251
M.	Provelenghios	246 1/2
Mlle	Papiermeister	246
MM.	Ribeiro Tavarez	241 1/2
	Feigenberg	219 1/2
	Edalis	193 3/4

3e Année.

Session d'octobre.

M.	Labarraque	290 1/2
M.	Sédillot	233 1/2

RÉCOMPENSES

4e Année, dite de Perfectionnement.

Mlle LAGARRIGUE. — **Premier Prix.**
Une médaille de vermeil offerte par l'Ecole dentaire de Paris.
Un bon de 100 francs d'instruments offert par la Maison Ash.
Un volume donné par M. le Préfet de la Seine.

Mentions.

M. PASCALIDÈS. — **1re Mention.**
Un bon de 50 francs d'instruments offert par la Maison Ash.

M. GOLDENBERG. — **2e Mention.**
Un bon de 50 francs d'instruments offert par la Maison Ash.

3e Année.

M. COTTAREL. — **Premier Prix.**
Une méd. de vermeil offerte par M. le Ministre du Commerce.
Une médaille de vermeil donnée par l'Ecole dentaire de Paris.
Un bon de 100 fr. offert par M. Godon, directeur de l'Ecole.
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

Mentions

M. Calteux. — **1re Mention.**
Williams. — **2e Mention.**

1re Année.

Mlle Even. — **Prix du Dispensaire.**
Un bon de 100 francs offert par l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France.

Mentions.

Mlle Davidsohn, M. Maréchal.

STAGE

2e Année.

Elèves ayant obtenu le certificat d'aptitude prothétique.

Session de juillet.

		Moyenne.			Moyenne.
MM. Deschamps..	261 1/2	17,43	M. Féral......	197	13,13
Devin	252	16,66	Mlle Delarbre...	195	13,00
Savona....	226	15,06	MM. Portalier...	187	12,46
Texier.....	225 1/2	15,03	Passet.....	185 1/2	12,36
Galimard...	202	13,46	Mme Doering-Berthelot	183 1/2	12,23

M. Deschamps. — **Prix de fin de stage.**
Un bon de 100 francs d'instruments offert par la Société Coopérative des dentistes de France.
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

M. Deschamps. — **Prix de Prothèse.**
Un bon de 100 francs d'instruments offert par la Maison Reviron-Bugnet-Pomiès.

M. Devin. — **1re Mention.**
Savona. — **2e Mention.**

1re Année.

M. Frouin. — **Prix de Prothèse.**
Un bon de 30 francs d'instruments offert par M. G. Villain.
Un bon de 20 francs d'instruments offert par M. M. Roy.

Mentions.

Mlle Piédalu. — **1re Mention.**
M. Soldano. — **2e Mention.**
M. Cottarel. — **Prix de dentisterie opératoire.**
Un bon de 100 francs d'instruments offert par M. E. Sauvez.

Mentions de Prothèse.

M. Calteux. — M. Gutenkauf.

Prix d'aurifications.

M. Cottarel.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MANIFESTATION DE SYMPATHIE EN L'HONNEUR DE M. L. LEMERLE

Le banquet offert à M. L. Lemerle à l'occasion de sa retraite aura lieu le samedi 20 décembre 1913 dans les salons de l'hôtel Lutetia, boulevard Raspail, à 7 heures et demie du soir. Le prix est de 12 francs. Les dames y seront admises.

Nous prions nos confrères de nous adresser le plus tôt possible leurs adhésions au banquet et le montant de leur souscription pour l'achat du souvenir.

Le secrétaire,
HENRI VILLAIN, 10, rue de l'Isly.



1re *Liste de Souscripteurs.*

Amory.
Arlet (Laon).
Arnold.
Association générale syndicale des dentistes de France.
Audy (A.) (Senlis).
Audy (F.) —
Bailly (Luçon).
Barrié.
Bioux.
Blatter.
Borkowski.
Bruschera.
Brodhurst (Montluçon).
Cadic.
Cernéa.
D'Argent.
Darcissac (M.).
Davenport (I. B.).
Davy.
Debray (Pierre).
Delionnet.
Denis-Le Sève.
Desforges.
Devoucoux (Ch.).
Dreyfus.
Ducuing.
Duncombe (Lisieux).
Dunoyé.
Dupontreué.
Ecole dentaire de Paris.
Ecole dentaire de Lyon.
Fayoux.
Fié.
Fouques (G.).
Fouques (R.).
Frey.
Fuchs (Le Havre).
Gallois (Mme).
Geoffroy.
Gernez.
Godefroy.
Godon.
Gouthière (Nemours).
Grimbert.
Grout.
Guebel (Ch.).
Guebel (P.).

Guérin (Moulins).
Guérard.
Haloua.
Heïdé père.
Heïdé (Raoul).
Hirschfeld.
Hugot.
Jeay.
Jouard (St-Cloud).
Lagarrigue (Mlle).
Lanos.
Léger.
Legros.
Legret (L.).
Lelièvre.
Lemière (R.).
Levett.
Loyer.
Mahé.
Maire.
Margery (Nice).
Martine.
Martinier (P.).
Messian (Anvers).
Miégeville.
Mouton (Châtelleraut).
Mury (Roanne).
Nolda (Hambourg).
Pierret (Dijon).
Pillière de Tanouarn.
Platschick.
Quarterman (Bruxelles).
Quintin (Bruxelles).
Raban.
Renhold (Max.).
Renhold (Michel).
Renoux (Poitiers).
Reviron-Bugnet-Pomiès.
Robine.
Ropert (Boulogne).
Roussel.
Rouveix.
Roy (M.).
Rozenbaum.
Ruppe.
Sauvez.
Schiess-Guillaume.
Simore (Rambervillers).
Tacail.
Tamisier.
Touvet-Fanton.
Thuillier (Rouen).
Vasserot (St-Germain).
Viau (G.).
Viau (L.).
Victor.
Villain (Georges).
Villain (Henri).
Villain (Mlle).
Weiskopf (Mlle).
Zimmermann.

BIBLIOGRAPHIE

Orthodontie. — De quelques résultats.

Notre confrère M. Emmanuel Gallavardin, de Lyon, que nous avons eu le plaisir d'entendre à la Société d'Odontologie de Paris et dont nous avons publié un article dans *L'Odontologie*, vient de faire paraître sous ce titre chez MM. J.B. Baillière et fils, éditeurs, un volume de 154 pages, illustré de 127 gravures, dont quelques-unes sont de véritables planches.

Cet ouvrage, précédé d'une préface de notre distingué collaborateur M. Pont (de Lyon), après lequel vient un avertissement de l'auteur, est divisé en 4 chapitres : occlusion normale ; malocclusion, ses causes et ses conséquences, esthétique et malocclusion, classification, étiologie de la malocclusion, carie dentaire, trituration des aliments, hérédité, défauts de prononciation ; technique orthodontique, l'âge dans les corrections, extraction ou conservation, considérations diverses ; résultats orthodontiques.

Ces quatre chapitres sont suivis de 12 observations comprenant les moulages et des notes.

L'auteur cite un certain nombre de travaux et de noms connus, ce qui montre bien qu'il a sérieusement approfondi le sujet qu'il traite.

Tous les confrères qui s'occupent d'orthodontie liront avec fruit le travail de M. Gallavardin, résultat d'une étude consciencieuse, que nous croyons pouvoir leur recommander, bien que, comme à toute chose en ce monde, on puisse lui adresser quelques critiques, dues plutôt à des conceptions personnelles de l'orthodontie.

Annales de Merck.

M. E. Merck, de Darmstadt, vient de publier, pour la 27e fois, un volume d'*Annales*, exposant les acquisitions nouvelles dans le domaine de la pharmacothérapie et de la pharmacie.

Ce volume, de 562 pages, est consacré à la lécithine, qui n'en occupe pas moins de 76, aux préparations et drogues, p. 76 à 553 ; il contient une table alphabétique des matières, un répertoire thérapeutique, une liste des auteurs, un index bibliographique. Il se termine par un supplément consacré à la valeur des préparations de digitale.

Livres reçus.

Nous avons reçu les brochures suivantes :

1° Statuts de la Fédération dentaire nationale mexicaine (en espagnol) ;

2° De l'identification des individus au moyen des os et des dents, par M. Foveau de Courmelles (en français) ;

3° Anesthésie de la dentine par pression, par M. Hans Pichler, de Vienne (en allemand) ;

4° Conseils pratiques d'asepsie dans le traitement des racines, du même auteur.

Medicus 1914.

Guide-Annuaire des Etudiants et des Praticiens, A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris.

Medicus 1914 vient de paraître ; nous ne saurions trop recommander ce Guide-Annuaire aux Étudiants, mais surtout aux praticiens.

Si les premiers trouvent dans *Medicus* toute la filière de leurs études, les lois, décrets, arrêtés et règlements en vigueur, constamment tenus à jour, ainsi que les questions posées aux différents concours de l'externat, internat, adjuvat, etc., etc. ; les seconds y trouvent les lois, décrets et arrêtés concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les renseignements concernant les concours pour les hôpitaux, les asiles d'aliénés, l'agrégation, les médecins de Colonisation, les médecins sanitaires maritimes, sont longuement décrits dans *Medicus*.

Les facultés et écoles du monde entier font l'objet de la 3ᵉ partie avec les noms des professeurs et les renseignements sur l'exercice de la médecine dans les différents pays.

Les sociétés savantes, la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, le Conseil supérieur de l'hygiène publique de France, les services médicaux des préfectures de la Seine et de police, la santé publique aux Colonies, les sociétés d'assistance, de secours mutuels, d'assurance, les syndicats médicaux, les eaux minérales, etc., trouvent leur place dans ce guide-annuaire.

Enfin, un Dictionnaire raisonné de Droit et de Jurisprudence médicale exclusivement écrit pour *Medicus* par Mᵉ Paul Castel, avocat à la Cour d'appel de Paris. Ce dictionnaire répond à toutes les questions que le praticien comme l'étudiant peuvent lui poser et les met en garde contre les embûches de la profession.

La 6e partie contient la liste complète des médecins, dentistes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de France avec une classification des mieux comprises.

Une table des matières très détaillée termine le volume.

Dans ses 1740 pages, *Medicus* est vraiment le Bottin de l'étudiant et du praticien, son encyclopédie, son formulaire professionuel, qui lui indique ses droits et devoirs, tout en le renseignant sur tout ce qui, de près ou de loin, touche à la profession médicale.

VARIA

PENDANT LES VACANCES

Un amusant dessin de Guillaume représente une bonne dame qui, la joue gonflée par une fluxion, lit sur la porte de son dentiste une pancarte ainsi conçue :

« Pendant le mois d'août, le dentiste reçoit à Z.-les-Bains, tous les jours, de onze heures à midi, sauf le lundi, le mercredi et le samedi. Dimanches et fêtes exceptés ».

Quand on a bien mal aux dents, il est gai d'apprendre que son sauveur est à trois heures de Paris !

Mais si votre dentiste est à la mer, votre médecin y est aussi... Gare à la crise d'appendicite ! Il vous faudra attendre la fin de septembre pour être fixé sur votre sort...

Votre banquier, votre notaire, votre avocat, votre tailleur, votre coiffeur, votre professeur de tango, tout le monde est parti... Et vous voilà, dans ce Paris déserté, à peu près comme Robinson dans son île... Débrouillez-vous tout seul !

Et, pour comble de malheur, il y a les « ponts ».

Le remplaçant de votre dentiste, de votre médecin, de votre avocat, de votre coiffeur — c'est peut-être le même — a disparu, lui aussi... Les employés de votre banquier, de votre notaire sont à la campagne pour trois jours. Vous avez tout le temps de souffrir des dents, de mourir intestat de l'appendicite, ou de vous laisser pousser une barbe comme celle de M. Rodin.

N'espérez aucun secours... Tout est fermé. Ce sont les vacances, c'est le pont !

Inutile d'ailleurs de vous plaindre... Soyez démocrate. Et qu'est-ce donc que la démocratie, sinon une société où le grand principe est de « n'en f... que le moins possible » ?— D'Antin.

(*La Liberté*, 18 août 1913.)

LE DENTIER DU COOLIE

Les coolies importés des Indes dans le Natal pour l'exploitation des cannes à sucre sont d'une constitution chétive. Peu de temps après leur arrivée leur état général s'aggrave encore. Importunés par l'humidité climatérique, mangeant beaucoup de sucre, buvant aussi bouillant que leur palais le leur permet, la carie ravage bientôt leurs dents. A ce moment leurs chefs, des Arabes, leur font comprendre l'intérêt qu'ils auraient à se laisser extraire ces chicots

et à les remplacer par un dentier. Poussés par la douleur et la faiblesse, ils se décident à voir le dentiste. Un contrat est alors signé entre le coolie et le dentiste. Le premier s'engage à payer les dentiers 4 livres sterling. Or, il faut dire que ce pauvre diable reçoit 5 livres par an pour son travail. Le dentiste, sans tenir compte de l'état du patient, lui extrait les dents et un mois plus tard lui remet un dentier des plus rudimentaires. Alors le calvaire du coolie commence. Chaque fois qu'il ouvre la bouche, le dentier tombe ; quant à pouvoir mastiquer avec, il n'y faut point compter. Bien entendu, le dentiste et l'exploiteur sont tous deux arabes et alliés.

(*Gazette Médicale de Paris*, 18 juin 1913.)

LES DENTS DES ANCIENS ÉGYPTIENS

Parmi les mémoires lus au Congrès international de médecine de Londres, signalons une curieuse étude de MM. Turner et Bennett sur « quelques spécimens de carie dentaire chez les anciens Egyptiens 3.000 ans avant notre ère ».

Ces savants ont pu, à la suite de fouilles dans les cimetières de la XXVI à la XXXe dynastie, se trouver en possession de 435 dents qu'ils ont étudiées, examinées à l'aise. 16,78 0/0 de ces dents présentaient des traces de carie, et nullement la carie « post-mortem », ainsi qu'on pouvait le supposer, mais bien la maladie qui, présentement, attaque les dents de nos contemporains au point qu'on peut estimer à 52 pour cent la proportion de nos dents cariées.

Les molaires des anciens Egyptiens étaient donc en meilleur état que les nôtres, en dépit des soins que nous leur consacrons, et MM. Turner et Bennett attribuent ce fait à la façon dont ils se nourrissaient.

Leurs aliments, disent-ils, étaient plus grossiers. La farine, notamment, n'était pas pulvérisée, de sorte que beaucoup moins de débris alimentaires étaient susceptibles de pénétrer dans les fissures et petites crevasses des dents, d'y fermenter et d'y provoquer la carie.

L'actuelle intensité du mal, nous la devrions donc au broyage de la farine. Ses grains sont tellement menus qu'ils sont susceptibles de pénétrer dans les plus petites cavités. Et c'est la cause principale des caries, dues pour la plus grande part aux fermentations d'amidon et de sucre.

Qui se serait douté que les meuniers sont les meilleurs pourvoyeurs des dentistes !

(*Le Petit Bleu*, 11 août 1913.)

NOUVELLES

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Par décision du Conseil d'administration de la Société du 11 novembre 1913, M. L. Lemerle a été nommé président honoraire.

Par une seconde décision du même jour M. L. Lemerle a été nommé professeur honoraire.

Le Conseil, qui avait décidé antérieurement que la Société serait représentée à la manifestation de sympathie organisée en l'honneur de M. L. Lemerle et prendrait part à l'organisation de cette manifestation, a décidé également de participer à la souscription ouverte à cet effet.

Nominations.

Nous apprenons avec plaisir que notre directeur, M. Godon, a été nommé membre honoraire de la Fédération dentaire nationale mexicaine.

Nous apprenons également avec plaisir que notre confrère M. Zimmermann, démonstrateur à l'École dentaire de Paris, a été nommé délégué cantonal du XIVe arrondissement de Paris.

Nous leur adressons nos félicitations.

A. F. A. S.

Le Congrès annuel de l'A. F. A. S., qui comprend, on le sait, une section d'Odontologie, aura lieu le 30 juillet 1914 au Havre. Cette section sera présidée par notre confrère M. le Dr Audy.

En 1915 le Congrès aura lieu à Montpellier.

Le Conseil d'administration de l'A. F. A. S., en fixant ces dates, a exprimé le désir que les réunions annuelles de la section d'Odontologie revêtent, comme celles des autres sections, le caractère d'un véritable Congrès annuel.

Exposition de Gand.

La Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris a obtenu à l'Exposition de Gand (Groupe XVI, classe 112, économie sociale, hygiène et assistance) un diplôme d'honneur. Une médaille d'argent a été attribuée à M. L. Lemerle et à M. J. d'Argent et une médaille de bronze à M. Bioux.

L'École dentaire de Paris a obtenu dans le groupe XVII ^{B}, classe 16, médecine et chirurgie, un grand prix.

L'Association générale syndicale des dentistes de France a obtenu dans le groupe XVI, classes 101-106, économie sociale, hygiène et assistance, une médaille d'argent.

L'enseignement dentaire en Hollande.

Une nouvelle loi réglemente en Hollande les études dentaires conformément aux idées de la F. D. I.

Cette loi crée à l'Université d'Utrecht, où l'enseignement de la dentisterie pratique est déjà assuré par l'Institut dentaire, un cours spécial des branches accessoires de la science dentaire (anatomie, physiologie, pathologie, histologie, chirurgie, matière médicale et thérapeutique), ainsi que de la partie théorique de cette science.

Fédération dentaire internationale.

La Fédération dentaire internationale tiendra sa session annuelle de 1914 à Londres en même temps que le Congrès dentaire international ; la session s'ouvrira le 3 août à l'Université.

Le Prix Miller y sera attribué pour la troisième fois.



La Fédération a été représentée par le Prof. Jessen, de Strasbourg, à l'inauguration du Dispensaire dentaire Forsyth, à Boston.

Elle a de même été représentée par M. Huet, de Bruxelles, au Congrès des associations internationales qui s'est tenu dans la capitale de la Belgique.

Elève-dentiste faisant de fausses ordonnances.

Nous avons signalé dans notre numéro du 30 juin qu'un élève dentiste de Tarbes, M. G., avait été arrêté pour confection de fausses ordonnances, ainsi qu'une dame B.

Ils ont comparu le 17 septembre devant la cour d'assises des Hautes-Pyrénées pour faux et usage de faux.

M. Destouet, procureur de la République, a réclamé une condamnation, sans s'opposer, toutefois, aux circonstances atténuantes.

Me Boué, pour Marcel G., et Me Lavigne, pour Thérèse B., ont plaidé chaleureusement l'acquittement de leurs clients.

Après quelques minutes de délibération, le jury a rapporté un verdict négatif, en conséquence duquel les deux accusés ont été acquittés et remis en liberté.

Dentistes militaires.

Le ministre vient d'inviter les généraux commandant les corps d'armée à lui adresser pour le 1er décembre prochain l'état nominatif des sous-officiers, caporaux et soldats de tous les corps de troupe stationnés dans l'étendue de leur corps d'armée ou gouvernement militaire pourvus, soit du diplôme de chirurgien-dentiste, soit de huit inscriptions en chirurgie dentaire, ou médecins-dentistes.

Cet état devra mentionner le service, armé ou auxiliaire, dans lequel a été classé le militaire, sa qualité d'engagé volontaire ou d'appelé, la classe à laquelle il appartient, la date de sa libération, l'emploi qu'il occupe ou celui auquel il est destiné.

(*Gazette de l'Armée*, 30 octobre 1913.)

Hôpitaux de Marseille.

Un concours sera ouvert le 15 décembre pour une place de chirurgien-dentiste-stomatologiste des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de

leur résidence ; 4° s'ils ont été internes, ils devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par l'Administration des divers hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et, s'il y a lieu, une note de leurs états de service. Ces documents seront soumis au jury.

(*Gazette des Praticiens*, 1er novembre 1913.)

Hygiène dentaire scolaire.

Un service d'hygiène dentaire scolaire vient d'être créé à Antibes, sur l'initiative de M. Chancel, maire de cette ville.

M. H. Massart, chirurgien-dentiste de la Faculté de Lyon, nouvellement installé dans cette ville, a été chargé du service des écoles de garçons, et M. le Dr Bélisaire de celui des écoles de filles.

M. Dion, chirurgien-dentiste, sera ultérieurement chargé du même service au Collège.

Le 31 octobre 1913, la première inspection de ces écoles a été faite sous la direction de M. Fabret, inspecteur départemental, chirurgien-dentiste à Nice.

Avis.

Le Journal *L'Odontologie* se charge de fournir aux membres de la Société, abonnés et élèves, les livres dont ils auraient besoin.

33e ANNÉE. N° 23. 15 DÉCEMBRE 1913 Vol. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CAS INTÉRESSANT DE RÉPARATION OSSEUSE CONSÉCUTIVEMENT A UN ABCÈS ALVÉOLAIRE GRAVE

Par Maurice Roy,
Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Je voudrais vous montrer ce soir un malade tout à fait intéressant tant par les complications rares qu'il a présentées que par les considérations que ces complications peuvent suggérer au point de vue de la nutrition de l'os maxillaire inférieur.

Ce malade, qui est âgé de 38 ans, était allé chez un dentiste au mois de septembre dernier pour se faire enlever la première prémolaire inférieure droite. Cette dent fut fracturée.

Au mois de novembre, présentant des accidents inflammatoires au niveau de la dent qui avait été fracturée, ce malade se rendit chez un de nos confrères, M. Monnet, qui constata la présence de la racine de la première prémolaire et un état inflammatoire très marqué de toute la région.

Il enleva cette racine et, aussitôt après l'extraction, il s'écoula une certaine quantité de pus.

Quelques jours après, l'inflammation ne s'étant pas dissipée, on fit à ce malade des pointes de feu, mais il se produisit alors un gonflement très intense du sillon vestibulaire, depuis la première prémolaire droite jusqu'à l'incisive centrale inférieure gauche.

En présence de l'intensité des phénomènes inflamma-

toires qu'il présentait, ce malade me fut amené à la clinique de l'Ecole dentaire, le dernier lundi de novembre, soit quinze jours environ après le début de ces accidents. Lorsque le malade me fut présenté, il paraissait faire de l'infection générale, il était pâle et très déprimé. La région mentonnière était tuméfiée, mais pas d'une façon considérable. En écartant la lèvre inférieure on constatait une tuméfaction notable de toute la région vestibulaire, dont la muqueuse avait une coloration très violacée; la moindre pression faisait sourdre du pus en quantité considérable au niveau de l'incisive latérale inférieure gauche.

Toute la région antérieure du plancher de la bouche était également empâtée et, en faisant une pression sur la face linguale du maxillaire, du pus venait sourdre dans les mêmes conditions, toujours vers la partie antérieure.

Ce pus était très abondant, il en sortait constamment et, bien qu'il crachât beaucoup, le malade disait qu'il en absorbait une assez grande quantité, ce qui l'avait amené à l'état d'infection et de débilité dans lequel il se trouvait.

Chose curieuse, alors qu'au niveau de la première prémolaire droite, dent qui paraissait avoir été le début des accidents, la suppuration était très faible, il y avait un décollement considérable de la muqueuse dans toute la région vestibulaire, assez étendue chez ce malade, dont le maxillaire inférieur est assez développé en hauteur, et c'est là, que le pus était collecté.

En présence de cette situation, une première indication se posait avant toute autre : c'était d'assurer l'évacuation du pus et de procéder à une première désinfection de ce foyer de suppuration. Je fis donc au thermocautère une incision suffisante pour donner une large issue au pus. Celui-ci immédiatement sortit en très grande abondance. Je fis de grands lavages antiseptiques, et en outre de ceux que je recommandai au malade de faire, je le confiai à l'infirmière de la Clinique pour qu'elle procédât à des lavages journaliers du foyer purulent.

Lorsque je revis mon malade huit jours après, son état

s'était légèrement amélioré. La suppuration était beaucoup moins abondante, le malade avait pu prendre du repos, ce qui lui était difficile auparavant avec cette suppuration constante qui lui remplissait la bouche.

Lorsque j'avais vu le malade pour la première fois, c'était au cours d'une consultation très chargée, je n'avais pas pu faire un examen très approfondi de son cas. La seconde fois, par contre, je l'examinai à fond. J'explorai alors l'alvéole de sa première prémolaire, et, avec un stylet, je pénétrai à travers le fond de l'alvéole, dans un trajet osseux se dirigeant dans la direction de la symphyse. Il semblait que le stylet pouvait s'enfoncer assez loin, j'arrivai ainsi à peu près sous la canine et dans la direction de l'incisive latérale droite.

Du côté vestibulaire, un stylet pénétrant dans l'incision que j'avais faite huit jours auparavant montrait un énorme décollement de la région. Je fis un débridement complet du sillon vestibulaire et je m'aperçus que l'os était dénudé sur une très large étendue, c'est-à-dire latéralement, depuis la première prémolaire gauche jusqu'au niveau de la canine droite, et, en bas, jusqu'au voisinage du rebord inférieur du maxillaire inférieur; à la partie supérieure le décollement s'arrêtait trois millimètres au-dessous du collet des dents. Je ne trouvai néanmoins aucune trace de perforation de l'os, ce qui me surprit, car je pensais en effet, étant donné ce que j'avais constaté, au niveau de l'alvéole de la prémolaire droite et en raison de cette suppuration intense, qu'il s'agissait d'une fusée purulente à travers le canal dentaire inférieur, comme dans un cas que j'ai observé il y a quelque temps et dont je vous parlerai un jour. Mais je ne vis rien, je ne constatai pas de passage à travers la paroi antérieure du maxillaire inférieur.

J'ouvris ensuite largement l'alvéole de la prémolaire de façon à nettoyer le foyer primitif de la suppuration et, au cours de cette opération, j'arrivai à passer sous la canine et constatai que cette dent était tout à fait compromise par suite de la destruction de la partie inférieure de l'os. J'enlevai cette

canine, je fis un nettoyage aussi complet, aussi minutieux que possible de l'alvéole de la prémolaire, de la région de la canine, je passai un peu sous l'incisive latérale droite, mais je n'allai pas plus loin ne voulant pas risquer de détruire des portions osseuses que peut-être la nature se chargerait de conserver.

Par cette double intervention j'avais nettoyé le foyer

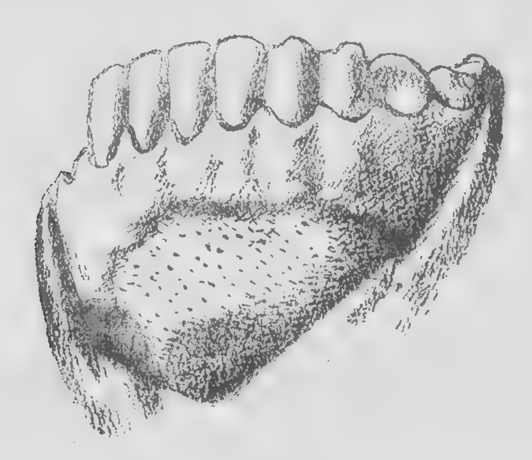


Fig. 1.

alvéolaire et j'avais d'autre part donné à la partie antérieure une large issue au pus puisque j'avais ouvert complètement toute la région vestibulaire décollée.

Je fis faire à ce malade des lavages antiseptiques très minutieux de toute cette région et je tamponnai la région vestibulaire pendant quelque temps.

Une amélioration très sensible de l'état général et de l'état local suivit cette intervention, mais les lésions n'en restaient pas moins étendues comme le montre la figure 1 qui représente la région huit jours après l'intervention.

Si, à la partie linguale, la muqueuse, qui était primitivement tuméfiée, était revenue à un aspect à peu près normal à la suite de l'intervention, les lésions de la région vestibulaire s'étaient peu modifiées; de la première prémolaire droite à la première prémolaire gauche, l'os était complètement dépourvu de périoste et l'on apercevait très nettement

les canaux de Havers se détachant sous forme d'un petit piqueté grisâtre, ainsi qu'on les aperçoit sur un os en voie de nécrose. Il y avait cependant un phénomène assez curieux, c'est que, avec des accidents aussi étendus, toutes les dents antérieures étaient solides et présentaient à peine quelques traces d'ébranlement, même les deux incisives centrale et latérale gauches au niveau du collet desquelles sortait le pus au début des accidents. Néanmoins étant donnés ces accidents, étant donné l'aspect de l'os, il semblait que celui-ci fût voué à la nécrose tout au moins quant à sa table externe.

Dans ces conditions, il n'y avait qu'à attendre la limitation et la mobilisation du séquestre en désinfectant la région, toute intervention intempestive risquant de détruire des portions d'os susceptibles de se régénérer.

Cette conduite, sur laquelle tous les chirurgiens sont d'accord, fut particulièrement heureuse dans la circonstance, et c'est au cours du travail de réparation que l'intérêt de cette observation apparut plus particulièrement. En effet, quinze jours après, l'os, qui était complètement dénudé, commença à se piqueter de rouge, par suite de l'apparition dans les canaux de Havers, vides précédemment, de petits bourgeons qui grossirent progressivement. Au début on pouvait croire que ces petits bourgeons étaient les ostéoclastes qui arrivaient là pour détruire l'os et amener finalement l'expulsion du séquestre, mais, au bout de quelque temps, ces petites fongosités devinrent coalescentes, puis formèrent des masses de plus en plus volumineuses qui à leur tour devinrent elles-mêmes coalescentes (fig. 2) et qui se réunirent toutes progressivement. Finalement, au bout de quelque temps, il apparut très nettement que l'os allait se recouvrir complètement et que ce malade n'allait perdre aucune partie de son maxillaire. C'est en effet ce qui se produisit.

Le processus fut assez long puisque, comme vous le voyez, je vis ce malade pour la première fois au début de novembre et c'est à la fin de mars seulement qu'il a été guéri. Cela a donc mis plus de quatre mois à se recouvrir complètement.

Mais au bout de quatre mois, son maxillaire s'est trouvé complètement recouvert par ce tissu de cicatrice et aujourd'hui on ne voit aucune trace des accidents graves qu'il a

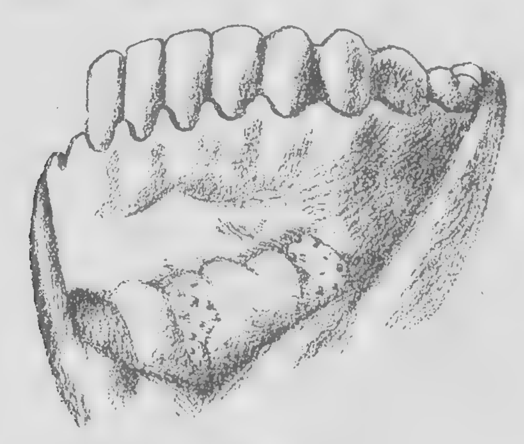


Fig. 2.

présentés si ce n'est une petite cavité due à la destruction de l'alvéole de sa prémolaire et de sa canine. Ce malade se trouve ainsi guéri d'une façon complète alors qu'au début il semblait, à tous ceux qui l'ont vu à ce moment-là, qu'il allait perdre une portion probablement considérable de son maxillaire.

Deux points particuliers sont à relever dans cette observation : d'une part l'évolution de la suppuration, d'autre part la réparation osseuse.

En ce qui concerne la marche de la suppuration, il s'agissait vraisemblablement au début d'un abcès alvéolaire provoqué par la racine de la prémolaire droite et compliqué d'ostéo-périostite maxillaire de la région périradiculaire ; le pus formé dans ces conditions a passé par une petite boutonnière osseuse au niveau de la prémolaire ou de la canine droite et, décollant le périoste, s'est collecté à la face antérieure du maxillaire de la première prémolaire droite à la première prémolaire gauche et depuis le bord inférieur de l'os jusqu'à trois centimètres au-dessous du collet des dents, le pus filtrant toutefois au collet de l'incisive latérale gauche.

La suppuration a donc suivi une voie assez exceptionnelle.

La réparation osseuse, que nous avons vue se faire sous nos yeux et que nous avons pu suivre journellement, a été tout à fait intéressante et instructive puisque elle s'est faite d'une façon parfaite alors que, cependant, le maxillaire était complètement dénudé de périoste sur une vaste étendue.

Pour que ce résultat ait été obtenu, il a fallu que l'os soit suffisamment nourri par les parties restées saines ; or, il l'était à sa face postérieure dont la santé s'était rapidement rétablie ; à sa face antérieure il ne l'était que par le bourrelet gingival qui, chose curieuse, avait été respecté presque entièrement par la suppuration ; celle-ci, ainsi que nous l'avons signalé, avait décollé le périoste partout sauf au niveau de la fibro-muqueuse gingivale, ce qui montre que le périoste est particulièrement résistant à ce niveau. C'est ce qui explique comment les dents de cette région ont pu ne pas se trouver ébranlées, leur ligament continuant à être nourri par l'intermédiaire de cette bande fibro-muqueuse. C'est donc cette bande fibro-muqueuse qui a dû, concurremment avec le tissu aréolaire, assurer la nutrition de cette partie de l'os et permettre ainsi aux bourgeons conjonctifs, partis des canaux de Havers, de recouvrir l'os d'un revêtement cicatriciel, épidermisé ensuite par la muqueuse des parties périphériques.

L'observation de ce malade est donc intéressante au point de vue de la nutrition du maxillaire inférieur. Elle montre combien, dans les suppurations osseuses et en particulier les suppurations d'origine dentaire, il faut être temporisateur, combien il faut savoir attendre la mobilisation d'un séquestre et ne pas intervenir trop hâtivement pour ne pas risquer de compromettre une réparation qui comme vous le montre ce cas, peut se faire parfois dans des conditions inespérées.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 7 octobre 1913.

Présidence de M. Audy, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

I. — Correspondance.

Le secrétaire général fait part des excuses de MM. Choquet, qui ne pourra venir faire sa communication, Godon, Georges André et Léger-Dorez qui ne pourront pas assister à la séance.

II. — Rapport annuel du secrétaire général.

M. Lemière, secrétaire général, donne lecture de son rapport.

M. Roy croit qu'il s'est glissé une petite erreur dans ce rapport, lorsque M. Lemière parle de la communication du professeur Warnekros. Il attribue à Trauner, de Graz, la prothèse nasale à la gélatine. Trauner, de Graz, s'est occupé du traitement de la pyorrhée alvéolaire par le radium, tandis que c'est Helbing, de Vienne, qui s'est occupé de la prothèse nasale. Trauner n'est pas de Vienne, il est de Graz. C'est lui qui s'est occupé du radium.

M. Blatter. — Je propose qu'on vote des félicitations au secrétaire général.

Le président propose d'adopter le rapport du secrétaire général et de lui voter des félicitations selon la proposition de M. Blatter.

Ces deux propositions sont adoptées à l'unanimité.

III. — Bridges sur dents vivantes avec minimum de mutilation, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture de sa communication. (V. *Odontologie* du 15 novembre.)

Discussion.

M. Zimmermann demande s'il ne s'est pas trompé en comprenant que M. Ruppe coule son bridge en or à 24 carats ce qui lui paraît trop faible.

M. Ruppe. — Il faut de l'or à 20 carats.

M. Hirschfeld. — Il faut toujours s'incliner devant le fait accompli. Depuis combien de temps avez-vous ce bridge en bouche ?

M. Ruppe. — Depuis 10 mois.

M. Hirschfeld. — Ce n'est pas un laps de temps suffisant pour juger de sa solidité.

D'après mon expérience, voici les objections sérieuses que j'ai à présenter contre ce système.

D'après ce que j'ai compris, il s'agit d'un anneau qui est en partie scellé dans la dent par une incrustation. Vous laissez donc le champ libre à la carie.

Avez-vous remarqué l'anneau de la petite molaire ? Il ressemble en somme à ce que nous appelons la couronne fenêtrée.

Vous tous, je vous le demande, vous avez eu, n'est-ce pas, des résultats déplorables avec tout ce qui rappelle ces couronnes fenêtrées. Au bout de plus ou moins de temps, c'est forcé, la carie se développe. C'est un côté de la question.

L'autre côté, c'est le point de vue solidité. Je trouve cet appareil, admirable sur le modèle. Mais peut-il être assez solide pour résister aux forces de la mastication ?

Cela m'amène à vous dire très franchement que j'ai vu, il y a à peu près 8 mois, à l'occasion de la réunion des dentistes américains à Florence, un travail présenté par le Dr Boedecker, de Berlin, qui m'a paru basé sur les mêmes idées.

M. Boedecker procède de la façon suivante :

Il creuse un sillon sur les quatre côtés de la molaire. Ces quatre sillons sont réunis et le tout représente une cavité dans laquelle sera enserrée ce qu'il appelle une griffe. Or cette griffe-là épouse la dent et fait corps avec elle, elle ne peut donner lieu à des caries. En même temps cette griffe doit servir à fixer d'une façon absolue les mouvements du bridge ; elle empêchera le mouvement latéral aussi bien que le mouvement mésial.

En deuxième lieu M. Boedecker trouve qu'un bridge qui est scellé dans la bouche aux deux extrémités finit par ébranler les deux piliers qui le supportent.

Je crois que c'est M. William Davenport, de Paris, qui le premier avait émis l'idée que le bridge ne doit être fixé que sur un seul pilier et qu'il doit simplement s'appuyer sur le deuxième. Dans votre cas, par exemple, il devrait être fixé sur la molaire du fond et s'appuyer sur une incrustation sur le second pilier.

Si vous suivez l'idée de M. Boedecker en épousant les quatre côtés de la molaire par une griffe, vous obtenez une solidité suffisante pour que votre bridge puisse s'appuyer simplement sur la petite molaire au lieu d'avoir soit une couronne, soit un appui, comme vous le préconisez, sur la deuxième partie. Donc, vous perdez encore moins de substance de cette façon-là.

J'ai vu des travaux de Boedecker exécutés d'après ce système.

Cela va d'ailleurs être publié dans notre journal américain et vous aurez l'occasion de vous en rendre compte.

M. Georges Villain. — Dans le bridge que M. Ruppe vient de nous montrer, il y a je crois une amélioration sur le bridge de W. S. Davenport, qui le premier a fait des bridges à bagues renforcées sans toucher au tissu de la dent.

Ce bridge présente un avantage de construction, il est plus solide que celui de M. Davenport qui avait imaginé le sien avant que nous ne connaissions la coulée du métal. Il y a là une technique meilleure. Je trouve aussi cette technique supérieure à celle de la bague fendue de M. Léger-Dorez. Nous avons une résistance plus grande. Autre avantage sur la bague fendue : c'est d'avoir une très petite hauteur de bague et une grande facilité de placement lorsque nous avons des dents déplacées comme celle-ci. Il n'y a pas besoin de faire de queue-d'aronde et d'emboîter la bague dans la queue-d'aronde, ce qui présente une difficulté d'exécution.

Si nous n'avons pas une sécurité absolue contre la carie nous avons une sécurité relative pendant un certain nombre d'années et nous n'avons pas de mutilation de la dent.

Comme on vantait beaucoup la bague fendue, j'en ai essayé. J'ai eu quelques bons résultats, mais j'ai eu aussi des résultats moins bons, car les malades revinrent me trouver. Ici au contraire la solidité de la bague est parfaite. Nous n'avons rien à craindre de ce côté.

Il y a cependant une objection. Sur les dents antérieures il n'est pas très facile de faire admettre cette bague. Nous avons souvent recours à la dent à pivot pour satisfaire nos patients qui ne veulent pas laisser voir une partie métallique entourant la dent.

M. Ruppe s'appuie sur une théorie qui consiste à faire une demi-couronne, ce qui présente de nombreux avantages.

La couronne fenêtrée emboîte toujours mal le collet de la dent, l'épaisseur de ciment, en disparaissant petit à petit, laisse un espace dans lequel la fermentation peut se produire insensiblement.

Sauf cette objection, relative à la situation du sillon, je crois que ce bridge est appelé à nous rendre des services.

Je préfère souvent faire la dévitalisation, mais dans un cas comme celui-ci, en général, à part que la dévitalisation n'est pas un inconvénient à mon sens, il y a l'obligation pour nous de retirer une grande quantité de tissu pour n'obtenir qu'une dent de forme très allongée pour l'adaptation de la couronne.

La couronne devient un moyen défectueux, le procédé de M. Ruppe nous présente au contraire de grands avantages. Si le bridge ne dure que 5 ou 6 ans, nous avons fait si peu de mutilation que nous pouvons très bien faire après ce temps-là un autre genre de travail.

M. Hirschfeld. — Je crois qu'il faut se mettre en garde contre la trop grande vulgarisation de ces procédés qui ne sont applicables que pour une seule dent.

Je crois vous avoir dit aussi que je considérais presque comme une loi que nous devons appuyer un bridge sur un seul pilier fixe. Si vous prenez une deuxième ou une troisième grosse molaire comme pilier, il faut que le bridge ne puisse pas remplacer une surface supérieure à celle-ci.

IV. — Election du bureau.

Le président. — L'heure du vote étant arrivée, nous allons interrompre la discussion et procéder à l'élection du bureau.

Selon l'usage le bureau sortant vous propose les candidatures suivantes :

Président : M. Jeay ; *Vice-présidents* : MM. Roussel et Georges Villain ; *Secrétaire adjoint* : M. Ruppe.

Le *secrétaire général*, M. Lemière, élu pour trois ans, n'est pas soumis ce soir à l'élection.

Quelqu'un propose-t-il d'autres candidatures ?

M. Georges Villain. — Je ne suis pas candidat. J'aimerais mieux que vous mainteniez la candidature de M. Dreyfus, qui a pendant 4 ou 5 ans rempli les fonctions de secrétaire général avec un inlassable dévouement. Il a été à la peine si longtemps qu'il me semble injuste de ne pas le maintenir à l'honneur.

M. le président. — C'est à la suite d'une décision du bureau que ces candidatures vous sont présentées. Vous pouvez néanmoins ajouter d'autres noms.

La liste des membres ayant le droit de vote est établie par le secrétaire général.

Il est procédé au vote par bulletin secret et au scrutin de liste.

MM. Cottarel et Fonsèque sont nommés scrutateurs et dépouillent le scrutin.

Le président. — Nous allons maintenant reprendre la discussion sur la communication de M. Ruppe.

M. Roussel. — M. Ruppe n'a-t-il pas eu des déboires avec une bague aussi étroite, coulée, même à 20 carats ?

M. Georges Villain nous a parlé de la couronne de William Davenport. J'ai emprunté sa façon de construire une bague, ce qui facilite la construction.

Voici la face triturante d'une molaire. Au lieu de mettre une bague en cire, une simple bague tout autour et de sertir la bague, je mets une bague de cire et je prends un fil de platine iridié ou un fil de platine que je ramène tout autour et que je tords, ce qui me permet de sortir la bague et de couler la pièce comme il l'indique.

La résistance du platine augmente la solidité de la bague et le tortillon fait à l'extrémité me permet d'enlever la bague de cire sans la déformer et avec plus de facilité.

Je me demande si vous n'avez pas eu de déboires avec la bague coulée seule, en or, ceci au point de vue de la solidité.

M. Georges Villain. — Tout d'abord je signale que j'ai oublié de dire tout à l'heure combien j'appréciais ce qu'avait dit notre confrère M. Hirschfeld sur l'inlay en croix et à griffe de Bœdecker.

Voilà une application précieuse de l'inlay aux bridges.

Je suis l'adversaire des inlays employés comme piliers de bridges. Au contraire les inlays qui viennent emboîter la dent, comme celui-ci constituent une application rationnelle des inlays à la confection des bridges.

Quant aux bridges à un seul pilier fixe que nous appelons dans notre enseignement « bridges physiologiques simples », ils sont de beaucoup inférieurs à tous autres; malheureusement les applications en sont restreintes, car ils ne peuvent être construits que dans les cas où l'espace à combler par le pont ne dépasse pas en surface celle de la face triturante de la dent employée comme pilier.

Ce que vient de dire M. Roussel m'amène à vous signaler un incident qui m'est arrivé. J'emploie toujours des squelettes en platine iridié pour la confection de mes bridges.

Lorsque vous coulez un bridge d'une certaine épaisseur d'or, au lieu d'obtenir une résistance plus grande, c'est parfois le contraire qui se produit. Si le fil est très fin par rapport au volume de l'or, le fil de platine devient extrêmement cassant. Il casse comme un morceau de verre. J'en ai fait l'expérience. Plaçant un bridge que j'avais été obligé de meuler sur la face triturante, j'avais laissé une épaisseur très fine et ce bridge s'est cassé entre mes mains.

Je me suis livré à des expériences à ce sujet et je tiens à vous mettre en garde contre cet inconvénieut. Lorsque l'appareil a été coulé, je l'ai cassé comme vous cassez une bague de verre. Il n'y a pas l'élasticité.

M. Garcin. — Je crois qu'il faut tenir compte du degré de fusion nécessaire pour faire fondre les différents métaux. S'il y a rupture lorsqu'on cherche à incorporer l'or au platine, c'est qu'on doit tenir compte de ce fait que l'or bout à 1300 ou 1400 degrés et que le platine fond lui à 2000 degrés. Il n'y a pas cohésion des molécules des deux métaux. Il faudrait pousser la température plus haut que le point d'ébullition de l'or, et je ne sais pas s'il y a un procédé pour y arriver.

Le Secrétaire général. — Il y a un point sur lequel je voudrais appeler votre attention, c'est celui de l'âge du patient.

Il y a lieu de distinguer dans l'application des bridges

sur dents vivantes entre le bridge placé chez un sujet jeune c'est-à-dire un sujet dont la pulpe encore très volumineuse réagit particulièrement bien aux influences thermiques et mécaniques, et le bridge placé chez un individu âgé dont la dentine est plus calcifiée que celle d'un sujet jeune et par conséquent moins douloureuse lorsqu'on en pratique la résection et dont la pulpe réagit moins facilement.

Il faut, d'après ces données, qui me sont fournies un peu par mon expérience personnelle, réserver le bridge sur dents vivantes pour les personnes âgées. Chez les personnes jeunes, je trouve que c'est toujours une opération mauvaise qui entraîne d'une façon plus ou moins lointaine la dévitalisation de la dent.

M. Roy. — La réflexion que vient de faire M. Lemière me suggère justement une réflexion qui vient à l'appui de l'emploi du genre de bridge que vient de nous présenter M. Ruppe.

Dans le cas de dents déchaussées, lorsque l'on a une couronne à appliquer sur une grosse molaire supérieure, par exemple, il est extrêmement difficile, lorsqu'une partie importante de racine se trouve à nu, de faire une couronne bien adaptée : malgré le décorticage on n'arrivera pas à embrasser exactement la dent.

De plus, si même par impossible on y arrivait et si l'on est en présence d'un sujet chez lequel la résorption alvéloaire est encore susceptible d'augmenter, le bord de couronne se trouvera peut-être assez rapidement à découvert, et le travail sera très défectueux sous le rapport de l'adaptation, d'autant plus que, dans ces cas, le nettoyage de la dent par la brosse est extrêmement difficile. C'est pourquoi dans des cas semblables il m'arrive, au lieu d'appliquer une couronne, de mettre un ou deux pivots dans la dent saine avec un gros inlay recouvrant la face triturante et les bords de celle-ci que je taille en biseau.

Par ce procédé j'obtiens un point d'appui et je permets à mon malade de nettoyer sa dent au collet, de la brosser d'une façon convenable et je puis surveiller et combattre la résorption, ce que l'on peut difficilement faire avec une couronne.

Le procédé de M. Ruppe me paraît assez indiqué dans des cas semblables et nous rendrait une partie des services que rend le procédé que je viens de décrire et éviterait de plus la dévitalisation de la dent et la préparation assez longue des pivots.

M. Ruppe. — Je me défends de vouloir généraliser l'emploi de cette méthode et je crois que les mots qui sont en tête de ma communication ne vous ont pas frappés. J'ai pris comme titre : Pont sur *certaines* dents vivantes avec minimum de mutilation.

Je remercie M. Hirschfeld de cette intéressante discussion et surtout de nous avoir entretenu de la communication de M. Bœdecker,

mais je ne suis pas de son avis quand il prétend que la bague peut donner les mêmes inconvénients qu'une couronne fenêtrée.

La couronne fenêtrée pour être rationnelle doit se faire avec une mutilation considérable, égale à celle qu'il est nécessaire de faire subir à une dent pour y adapter une couronne entière, dans les deux cas la bague devant sertir le collet ; or si nous enlevons l'émail, la couronne fenêtrée n'a plus de sens puisque son but est de montrer la face labiale intacte et non un moignon d'ivoire. Ma bague s'adaptant sur la partie la plus épaisse de l'émail et sans que celui-ci fut usé ou détruit, laisse le collet libre et capable de recevoir tous les soins d'hygiène dentaire habituels, aussi je ne comprends pas que M. Hirschfeld ait pu rapprocher mon anneau à étai de la couronne fenêtrée.

M. Hirschfeld. — J'avais cru remarquer que votre bague sur la petite molaire longeait la dent sur le bord gingival. J'ai vu en examinant votre modèle que je me suis trompé. Votre bague reste sur la partie forte de l'émail, donc ma critique à ce point de vue n'a pas sa raison d'être. La bague dans ces conditions ne représente plus la fenêtre dont j'ai une horreur justifiée.

M. Ruppe. — Je veux remercier M. Georges Villain de sa discussion et n'ai rien à répondre à ses paroles. A M. Roussel, qui nous a vivement intéressés par l'exposé de sa méthode, je dirai que son conseil pour retirer la cire ne peut me servir puisque je confectionne la cire sur le modèle direct coulé en gros grain et que ce modèle sert à couler la bague à étai en or.

Une voix. — Pourquoi du gros grain ?

M. Ruppe. — Parce qu'avec lui j'obtiens de très jolies coulées très exactes, le grain fin peut se détacher du gros grain si l'on chauffe trop longtemps le cylindre, en tous cas il se laisse comprimer par le métal en fusion, d'où déformation, épaississement de la pièce coulée.

J'ai fait pour fixer mon petit bridge un essai de « Tenacit » de de Trey, et j'espère dans quelques années vous montrer mon bridge en place et bien scellé.

M. le président. — Je crois qu'en votre nom à tous je peux remercier M. Ruppe de sa communication très intéressante, qui a donné lieu à une discussion non moins intéressante.

Vous l'avez d'ailleurs félicité d'une manière très chaleureuse, si je m'en rapporte aux résultats du vote que je m'empresse de porter à votre connaissance :

Votants : 26. Majorité absolue : 14.

Ont obtenu :

M. Jeay, président.............................. 24 voix
M. Roussel, vice-président.................. 25 —

M. Georges Villain, vice-président.......... 25 voix.
M. Ruppe, secrétaire adjoint............ 25 —
MM. Lemière, Blatter, Ferrand............ 1 —

Par conséquent MM. Jeay, Roussel, Georges Villain, Ruppe, sont nommés respectivement, président, vice-présidents, secrétaire adjoint de la Société d'Odontologie de Paris pour 1913-1914.

J'espère que M. Ruppe, quoique secrétaire adjoint, continuera à nous faire des communications intéressantes, et que notre secrétaire général se félicitera du choix que vous avez fait.

V. — Un cas de lymphangite génienne, par M. Roy.

M. Roy fait une communication sur ce sujet.

Discussion.

M. le président. — Nous devons remercier M. Roy de sa communication tout à fait impromptue et surtout d'avoir toujours en réserve des observations extrêmement intéressantes et instructives. M. Roy a bien fait d'attirer votre attention sur les ganglions géniens, parce que souvent on les trouve dans des endroits où on ne pense pas les trouver.

Dans un cas j'ai vu une malade qui présentait une bouche particulièrement infectée et un ganglion génien au niveau de l'arcade zygomatique, j'avais extrait toutes les racines infectées, soigné toutes les dents et le ganglion loin de diminuer augmentait de volume et devenait fluctuant.

J'amenai la malade à la clinique de l'Ecole et avec M. Mahé nous avons eu l'idée de faire une injection d'eau oxygénée dans ce ganglion, en deux jours ce ganglion avait disparu complètement et surtout sans laisser de cicatrice. Dans un autre cas, il s'agissait d'un ganglion développé sur le bord antérieur du masséter à la suite d'une éruption de dent de sagesse.

J'avais essayé tous les traitements pour conserver cette dent de sagesse en particulier les cautérisations du cul-de-sac entourant la dent. A la suite des cautérisations, la suppuration s'arrêtait pour reprendre 10 ou 15 jours après. Finalement j'ai enlevé la dent de sagesse, le ganglion était resté tranquille pendant 8 ou 10 mois, j'ai revu la malade il y a 8 ou 10 jours, le ganglion recommençait à suppurer. Il faudrait dans ce cas-là une injection d'eau oxygénée dans la masse même de ce ganglion.

M. Roy a parlé du steresol, qui est un bon antiseptique.

Nous avons un produit qui est bon aussi, c'est la teinture de benjoin. Dans notre clientèle de campagne nous voyons fréquemment des gens qui souffrant des dents, ont usé de tout ce qu'ils ont pu trouver : absinthe, teinture d'iode et qui nous arrivent

avec des brûlures et des ulcérations sur la muqueuse, la gencive et la commissure des lèvres. Dans ces cas, je badigeonne simplement ces ulcérations avec de la teinture de benjoin et deux ou trois jours après les personnes peuvent ouvrir la bouche pour qu'on leur soigne les dents.

C'est là un médicament qu'on a sous la main d'une façon constante, qui a une action des plus efficaces contre les ulcérations qu'elles soient spontanées ou non.

Je remercie donc encore une fois M. Roy de sa communication de ce soir et des aperçus qu'il nous a donnés sur ces petites causes qui produisent parfois de grands effets.

M. Roy. — M. Blatter me demandait s'il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires.

Il y en avait en effet un très induré depuis longtemps. Etant donné les accidents présentés par l'enfant, la mère l'examinait avec le plus grand soin, avec la frayeur de voir évoluer qnelques manifestations bacillaires chez lui et elle m'a dit que ce ganglion existait depuis déjà longtemps ; j'ai même à ce propos émis cette hypothèse que je vous donne pour ce qu'elle vaut : les infections de la lèvre inférieure intéressent plutôt les ganglions sous-maxillaires, mais en la circonstance ces ganglions étant indurés depuis longtemps n'étaient plus perméables, de sorte que les produits septiques n'ayant pas pu passer de ce côté sont passés par les ganglions géniens qui peut-être servent moins et c'est peut-être pour cette raison que l'enfant a présenté de la lymphangite et de l'adénite génienne.

VI. — Hygiène dentaire.

M. Cunningham fait part à l'assemblée de ses projets en vue de l'organisation d'une séance publique au cours de laquelle seraient traitées les questions d'hygiène dentaire, principalement en ce qui concerne l'hygiène dentaire des enfants.

Il compte pouvoir présenter à l'occasion de cette séance des films cinématographiques de vulgarisation d'hygiène dentaire qu'il a fait exécuter par les établissements Pathé frères.

M. Georges Villain. — Il ne faudrait pas que nous ignorions l'œuvre de M. Cunningham. Il vient de faire un effort considérable. Depuis un an bientôt, il est en pourpalers avec la maison Pathé frères pour obtenir un film de vulgarisation d'hygiène dentaire.

Vous savez tous qu'en France nous sommes en retard au point de vue de l'hygiène, de l'hygiène dentaire, en particulier. L'Allemagne, l'Angleterre, la Hollande, les Etats-Unis, la Suède nous laissent loin derrière elles.

Ce que M. Cunningham nous demande, c'est de réunir le plus possible de personnes disposées à s'occuper de ces questions d'hygiène dentaire afin qu'il soumette à leur critique les travaux qu'il vient d'accomplir par son plan de vulgarisation.

Ce qu'il ne vous dit pas, mais je suis sûr que c'est là le fond de sa pensée, c'est qu'il voudrait vous voir tous faire de la propagande afin d'obtenir qu'un public nombreux soit présent dans la salle où il présentera le film cinématographique qu'il a fait faire. Il faudrait faire venir à cette séance un certain nombre des personnes que nous connaissons. Ces personnes pourraient ensuite venir dans nos Comités d'hygiène pour nous aider dans la propagation de l'hygiène buccale ; elles discuteraient avec nous l'utilité qu'il y a à employer les films et tous autres moyens pour faire de la propagande efficace.

Si chacun de nous pouvait venir assister à cette séance et y amener un ou deux journalistes, nous rendrions service, non pas à Cunningham, mais à nous-mêmes.

Je crois qu'il faudrait appuyer son initiative.

Il faudrait cependant que cette réunion ait lieu seulement dans quelques jours, afin que nous puissions prendre toutes les dispositions utiles pour assurer à cette séance le succès qu'elle mérite, et aussi le succès de l'hygiène dentaire.

Il y a là, je vous assure, quelque chose de vraiment intéressant à faire.

Nous devons remercier M. Cunningham et l'assurer de notre appui et nous devons faire de notre mieux pour amener à la séance qu'il projette des personnes susceptibles d'apporter leur appui à l'hygiène dentaire.

M. le président. — On vous propose de décider quel jour conviendrait mieux pour cette réunion.

M. Roy propose de choisir un samedi et demande que la Société d'Odontologie fasse l'envoi d'une convocation.

La séance est levée à 11 h. 35.

Le secrétaire général,

R. Lemière.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de La Haye, 1913.

(Suite.)

Le président annonce qu'il a reçu des télégrammes et des lettres d'excuses de MM. le prof. Walkhoff (Munich) ; Kirk (Philadelphie); Blatter (Paris) ; Weber, Aspelund, Siven et Gadd (Finlande) ; Daubry (Saint-Pétersbourg) ; Dubeau (Montréal) et Fisk (Walford).

Suivant l'usage il appelle les délégués des Comités nationaux étrangers dans l'ordre alphabétique français de leurs nations pour prendre la parole.

M. Schaffer-Stuckert (Francfort-s-le-Main) dit :

« Au nom de l'Association centrale des chirurgiens-dentistes allemands et de toute la profession dentaire d'Allemagne je désire exprimer les meilleurs vœux pour le succès de cette réunion de la F. D. I. ; nous nous intéressons tout particulièrement à l'étude des dispositions à prendre pour le 6e Congrès dentaire international. Nos efforts doivent tendre à voir ce Congrès marquer un nouveau pas en avant dans le développement et le progrès constants de la dentisterie.

» Je suis tout particulièrement heureux que nous soyons réunis à La Haye, le centre par excellence des Congrès. Nous devons les remercîments les plus cordiaux à notre collègue Van der Hœven et aux sociétés dentaires hollandaises pour leur bonne hospitalité et leur accueil, qui rappellent l'heureux souvenir d'Amsterdam en 1907.

» Je suis chargé d'excuser l'absence du prof. Walkhoff, empêché par une maladie brusque de sa femme, de venir parmi nous ; il m'a chargé de vous transmettre ses salutations.

» Nous sommes réunis dans le centre de la paix et de l'amitié internationales et nous sommes attachés à une grande œuvre. Il faut nous engager dans cette entreprise avec le désir que le 6e Congrès puisse nous rappeler la phrase : *In hoc signo vinces.* »

M. Howard Mummery (Londres) présente ses cordiales salutations, au nom des délégués anglais, et remercie leurs hôtes hollandais de leur bonté.

« Nous sommes réunis, dit-il, dans une cité justement célèbre par ses efforts pour la cause de la paix internationale, qui, j'en

suis sûr, a les sympathies de tous. Bien qu'il y ait encore des guerres et des bruits de guerre, rien ne tend mieux à réaliser le but tant désiré que des réunions internationales comme celle-ci. Cette assemblée offre un intérêt spécial, parce que nous nous occupons d'organiser le prochain Congrès dentaire international de 1914, où nous aurons le plaisir de souhaiter la bienvenue à Londres à nos confrères de toutes les parties du monde. Je suis sûr que la F. D. I. fera tous ses efforts pour que ce Congrès soit mémorable et ait d'excellents résultats pour le bien de notre profession et du monde en général. »

M. Brophy (Chicago) dit :

« Comme représentant de la profession en Amérique, je suis très heureux de me trouver ici et je désire vous transmettre les salutations de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis et de la profession en général. Je suis heureux de dire que la graine que le distingué dentiste qui le premier s'est occupé activement d'hygiène dentaire publique a semée à Strasbourg, a pris des racines profondes en Amérique et porte maintenant de bons fruits. Le grand Congrès international d'hygiène scolaire qui se tient maintenant à Buffalo attire l'attention publique sur cette question. L'esprit qui animait le Congrès de la paix à La Haye a, je crois, pénétré partout dans notre profession. Cet esprit d'union et de bonne confraternité trouvera son expression pratique dans le Congrès de 1914 et doit, plus que tout autre facteur, en assurer le succès et faire que ses résultats soient de nature à rendre chaque praticien fier d'appartenir à la profession.

» Je déclare de tout mon cœur que toute l'Amérique se joint à nous dans l'œuvre de la F. D. I. et que les sentiments qui prévalurent à un moment touchant les résultats de celle-ci ont disparu. Nous pouvons affirmer en toute confiance que tout membre américain de la profession qui réfléchit, qu'il donne l'enseignement dentaire ou qu'il écrive, approuve absolument l'œuvre de la F. D. I. »

M. R. Weiser (Vienne) dit :

« Je suis chargé par la Fédération des stomatologistes autrichiens de vous présenter ses respectueuses salutations. En ce qui me concerne, je ne voudrais pas laisser passer cette occasion sans exprimer ma joie et ma gratitude de l'hospitalité très cordiale et généreuse des sociétés dentaires hollandaises. La F. D. I. se réunit cette année dans le pays réputé pour une heureuse alliance de la nature, de l'art et de l'humanité universelle, destinée à rendre la vie plus heureuse, et paisible pour l'espèce humaine. Puisse cette session de la F. D. I. réussir à marquer un pas notable en avant pour la dentisterie, qui se développe constamment en science, de telle sorte qu'elle puisse occuper la situation sociale qui lui est due.

Puisse-t-elle réussir bientôt à mettre fin au manque d'harmonie qui existe entre les partis de dentistes. »

M. ROSENTHAL (Bruxelles) présente ses félicitations et ses remercîments aux confrères hollandais. Les années antérieures il avait exprimé la conviction que la situation de la dentisterie en Belgique présentait un danger public et que l'organisation de l'enseignement dentaire était absolument nécessaire. Il est heureux d'annoncer que la situation a complètement changé et, grâce aux encouragements et aux conseils de la F. D. I., joints à la coopération généreuse des dentistes belges, l'Ecole dentaire belge a été fondée à Bruxelles. Cette fondation est une preuve de l'énergie et de la persévérance de la Fédération dentaire belge et il est sûr qu'elle prospérera sous l'habile direction de M. Quintin et de son Comité d'administration. Quoique la Belgique soit petite, elle peut maintenant envisager avec confiance l'avenir de la dentisterie et elle espère que la F. D. I. s'intéressera toujours à sa prospérité.

M. C. CHRISTENSEN (Copenhague) :

« J'apporte les cordiales salutations du Danemark et je présente mes meilleurs remercîments pour l'accueil empressé des sociétés dentaires hollandaises. L'œuvre de la Commission d'hygiène, cette branche précieuse de la F. D. I., nous offre un intérêt considérable. Cette œuvre va être très prospère en Danemark et notre roi, qui est Protecteur de la Société des soins dentaires des enfants, m'a chargé personnellement de présenter ses compliments au président de la Commission d'hygiène, le Dr Jessen. C'est là une preuve que l'œuvre de la F. D. I. occupe une place très proéminente dans notre pays.

» Je vous exprime mes vœux les plus cordiaux pour le succès de cette session et du Congrès dentaire international de 1914. »

M. HENRI VILLAIN (Paris) prononce le discours suivant :

Monsieur le Président, Très honorés Confrères,

« Au nom de la Fédération dentaire nationale française, sœur de la Fédération dentaire internationale, puisqu'elle a vu le jour à Paris en 1900, en même temps qu'elle et dans les mêmes conditions, je vous apporte le salut confraternel de mes confrères français.

» Cette agréable mission appartenait au président de notre Fédération, M. Blatter, mais la maladie de plusieurs de ses proches l'empêche de la remplir et c'est à cette circonstance fâcheuse seule que nous devons de regretter son absence, vous l'excuserez certainement.

» Je salue également, au nom de mes compatriotes, la 13e année d'existence de la Fédération dentaire internationale, que nous voyons avec joie grandir et prospérer chaque année, et dont l'ac-

tion efficace et bienfaisante va sans cesse en s'étendant davantage.

» Grâce à elle, l'évolution odontologique s'accomplit plus régulièrement, plus normalement, les progrès se développent pour ainsi dire sous sa haute tutelle et sous son contrôle, elle seconde les initiatives lorsqu'elle ne les provoque pas et elle fait éclore de belles pensées et de belles œuvres, qu'elle féconde par l'effet de son rayonnement.

» En matière d'enseignement, en matière d'hygiène, cette action indéniable a produit les plus heureux effets. Son influence s'est fait sentir peu à peu sur les groupements professionnels dont elle est devenue en quelque sorte le pendule régulateur, elle a attiré et forcé l'attention des pouvoirs publics en proposant des mesures et des programmes sagement réfléchis et élaborés. Elle a conquis petit à petit de puissantes sympathies et ajouté à sa famille professionnelle une famille extra-professionnelle dont l'assistance lui sera d'un utile secours.

» Et nos Congrès dentaires internationaux, n'est-ce pas d'elle qu'ils émanent ?

» Sans vouloir nous vieillir d'une année, qu'il me soit permis de penser à l'immense succès qu'aura certainement celui de Londres l'année prochaine ; et comment pourrait-il en être autrement avec des organisateurs éminents comme ceux qui en ont assumé la charge ! Malgré leur grande modestie, nous pouvons déjà remercier les deux principaux présidents : M. Mumerey, comme président du Congrès, et notre dévoué président de la F. D. I., M. Paterson, président du Comité d'organisation.

» Je viens également apporter le salut des dentistes français aux dentistes hollandais, qui nous donnent l'hospitalité pour la seconde fois depuis la naissance de la Fédération.

» Au nom de la France, j'adresse un salut cordial à la Hollande, à ce pays ingénieux, intelligent et laborieux, qui, petit par son territoire, a occupé dans l'histoire du monde une place telle qu'il en est peu de plus vastes et de plus glorieuses.

» J'adresse enfin un salut d'admiration à la jolie ville de La Haye, centre des réunions internationales, siège d'un tribunal d'arbitrage qui tient en quelque sorte le sort des nations entre ses mains, asile de la justice que les peuples oublient trop souvent dans leurs différends.

» Une pensée généreuse a voulu que votre élégante cité abritât le Palais de la Paix, que le rêve de la paix universelle, que tout le monde fait, mais qui est hélas ! d'une réalisation si difficile, se matérialisât ici en une forme concrète. Si ce beau rêve n'est pas encore à son aurore, du moins des groupements comme la Fédération dentaire internationale et des réunions comme celle à laquelle nous assistons, où vingt nations différentes sont représentées, con-

tribuent-ils à resserrer les liens de la fraternité et à préparer l'avènement du jour où tous les peuples cesseront vraiment d'être des frères ennemis. »

M. Guerini (Naples) apporte les salutations de ses confrères d'Italie et dit :

« Un événement important pour notre spécialité a été la mise en vigueur cette année en Italie de la loi dentaire portant que les dentistes irréguliers exerçant personnellement et publiquement depuis 8 ans au moins seraient autorisés à passer un examen qui, subi avec succès, leur permettrait de continuer à exercer. Elle portait en outre que les dentistes irréguliers exerçant depuis 15 ans au moins pourraient obtenir la même autorisation en présentant des documents attestant leur compétence pratique. Les demandes adressées à la Commission désignée furent au nombre de 1.000 environ et la plupart furent accueillies. L'examen fut subi dans presque toutes les Universités d'Italie. Les examinateurs étaient des professeurs de stomatologie et de chirurgie générale et l'on a été surpris de ce fait curieux que, tandis que les stomatologistes combattaient vivement l'octroi de toute autorisation à ces praticiens irréguliers, ceux qui étaient membres du jury étaient beaucoup plus indulgents que les professeurs de chirurgie générale qui posaient souvent aux candidats des questions difficiles et hors de propos. Le résultat de cette indulgence a été que les 2/3, et peut-être plus, des candidats ont été admis et sont devenus par là même des dentistes légalement autorisés. Dans certaines Universités tous les candidats furent admis. Cependant, comme des mesures sévères seront prises de nouveau contre l'exercice illégal, on peut considérer que le charlatanisme dentaire est maintenant supprimé en Italie. »

M. F. Aguilar (Madrid) dit :

« C'est un grand plaisir pour moi de revenir en Hollande et je vous apporte, ainsi que M. Subirana, les salutations de l'Espagne. Je puis vous signaler de grands progrès depuis l'an dernier dans notre pays. Récemment nous avons réussi à établir un service dentaire dans l'armée espagnole, qui recevra tout entière les soins dentaires nécessaires. Nous avons réussi de plus à obtenir un décret ministériel créant des inspecteurs dentaires dans chaque province pour appliquer la loi sur le service de santé touchant l'exercice illégal. L'exercice de l'art dentaire ne sera pas permis sans un degré. En outre, notre enseignement dentaire sera amélioré et une nouvelle chaire sera créée dans la section dentaire de l'école de médecine de Madrid. Nous avons actuellement 5 professeurs et 3 assistants, tous payés par l'Etat, qui supporte toutes les dépenses de l'enseignement dentaire dans cette école de médecine. Nous,

nous sommes efforcés de réaliser ces réformes dans un esprit d'altruisme et pour le progrès de la profession et nous venons ici pleins de bonnes dispositions et de gratitude pour la F. D. I. »

M. ALBIN LENHARDTSON (Stockholm) dit :

« Au vom de l'Association dentaire suédoise, je vous apporte de cordiales salutations. Comme vous le savez, il y a eu une certaine opposition contre la F. D. I., non seulement parmi les stomatologistes, mais aussi parmi les dentistes eux-mêmes. Je ne leur en fais pas un reproche, parce qu'il est dans la nature humaine de s'opposer à ce qu'on ne comprend pas et il en est aussi de tous les mouvements au profit de l'humanité. Le temps changera cela et les malentendus disparaîtront.

» Particulièrement intéressé par le mouvement en faveur de l'hygiène dentaire, j'estime que nous devons aborder l'importante question suivante : Sommes-nous, comme dentistes en général et comme membres de la F. D. I. en particulier, en état de répondre aux exigences que les autorités publiques peuvent imposer ? Nous avons mis la pierre en mouvement, pouvons-nous régler sa course ? Nous sommes responsables non seulement de la génération présente, mais encore des générations à venir. C'est pendant que se jettent les bases du mouvement d'hygiène buccale que les fautes peuvent aisément se corriger; mais dans quelques années, quand les méthodes et les principes auront été établis et peut-être confirmés par les autorités publiques, il sera beaucoup plus difficile de redresser les choses. Il faut bien se pénétrer de cette idée et surtout envisager le rôle de responsabilité de la F. D. I. »

M. JESSEN (Strasbourg), président de la Commission d'hygiène, dit :

« Cette semaine même, du 25 au 30 août, le 4e Congrès international d'hygiène scolaire réunit à Buffalo (Etats-Unis) des milliers d'hommes de science de tous les pays civilisés pour délibérer sur le bien-être de la jeunesse et ses progrès scolaires. Des représentants officiels de tous les pays et de nombreuses villes, des professeurs, des médecins, des techniciens et des fonctionnaires s'assemblent pour apprendre ce que l'expérience a enseigné en matière d'hygiène scolaire pendant les trois dernières années, depuis le Congrès de Paris.

» En raison de la grande activité déployée partout dans le domaine de l'hygiène scolaire, cette expérience ne doit pas être dédaignée.

» Les membres du Congrès emporteront de nouvelles idées chez eux et en tireront le meilleur parti pour leurs concitoyens de telle sorte que la génération qui s'élève puisse prospérer et espérer un brillant avenir grâce à sa santé et à sa force.

» 300 communications y seront faites par des auteurs de toutes les parties du monde. C'est là le résultat d'une organisation sur une vaste échelle créée pour préparer ce Congrès par les 45 Comités des Etats-Unis, conjointement avec 33 Comités à l'étranger. Les membres de notre profession ne manquent pas à ce Congrès, car l'Association nationale d'hygiène dentaire d'Amérique a organisé un Comité central avec 51 comités d'Etat, uniquement dans le but de travailler avec le 4e Congrès international d'hygiène scolaire.

» A la tête de cette association est placé M. Ebersole, de Cleveland (Ohio), qui est un même temps vice-président du Congrès. De la situation proéminente de notre profession dans un Congrès international d'hygiène scolaire on peut conclure que la question d'hygiène buccale publique a fait des progrès depuis les Congrès de Nuremberg, Londres et Paris.

» A Buffalo sera organisé un Comité qui fera de l'hygiène dentaire une partie intégrante des sujets de discussion pendant ce Congrès.

» La Commission d'hygiène de la F. D. I. aidera aussi à l'exécution de la tâche. Il a été également annoncé des communications et fait des propositions par nos membres à Buffalo pour une nouvelle extension internationale de l'hygiène scolaire.

» L'an dernier notre Commission a travaillé activement. De nouveaux Comités nationaux et de nouvelles associations s'établissent et ceux qui existent se sont mieux organisés et davantage développés.

» En Suède une Commission royale a été nommée pour centraliser l'organisation de l'hygiène dentaire.

» A Londres 12 cliniques dentaires scolaires fonctionnent ; ce nombre sera de 20 à la fin de cette année.

» En novembre prochain sera ouvert à Boston le Dispensaire dentaire Forsyth pour enfants, fondé avec un capital de 15 millions de francs pour traiter gratuitement environ 100.000 enfants.

» En Allemagne il existe actuellement, d'après la statistique du Comité central allemand, 84 dispensaires et 117 cliniques dentaires infantiles, soit au total 201 infirmeries en fonctionnement. L'hygiène dentaire n'entre pas encore en ligne de compte dans les statistiques ; mais l'Administration s'efforce de l'introduire dans les campagnes avec l'aide des médecins d'arrondissement.

» Ces mesures témoignent de l'importance de nos efforts pour la prévention des maladies infectieuses, de la lutte engagée contre elles et de l'amélioration de la santé publique.

» Il nous reste à encourager ces mesures et à les faire introduire dans tous les pays, afin que la chirurgie dentaire soit reconnue

non seulement comme une science, mais encore comme une branche importante de l'hygiène pratique. »

M. HUET (Bruxelles), président de la Commission de bibliographie, s'exprime ainsi :

« La voie que la Commission de bibliographie et de documentation de la F. D. I. doit suivre semble hérissée de maints obstacles lorsqu'on examine le travail accompli à la fin de l'année. A première vue ce travail ne semble pas très brillant et l'on peut être tenté de se demander si la bibliographie et la documentation provoqueront jamais un intérêt suffisant dans le monde professionnel pour occuper une place convenable dans une Fédération comme la nôtre. Cette tâche est ardue et ingrate ; elle ne présente pas d'avantages substantiels à celui qui l'entreprend ; tout ce qu'il peut en attendre, c'est la satisfaction morale d'avoir apporté sa pierre à l'édifice et d'avoir travaillé pour le bien général et l'avancement de la profession. Vous savez combien cette branche est importante en science dentaire. Bien entendu je parle ici à ceux qui sont déjà convaincus ; mais si tous ici nous reconnaissons la nécessité d'une organisation parfaite en bibliographie et en documentation, avons-nous fait tout ce que nous pouvons pour intéresser la profession à cette question ? Et si les résultats ne sont pas tout à fait ce qu'ils doivent être, en sommes-nous responsables? Quand nous voyons maintes branches de la science former résolument une organisation parfaite dans ce but, ne devons-nous pas reconnaître que la science dentaire est plutôt lente à entrer en ligne ? Et cependant dans d'autres branches de notre science nous pouvons dire hardiment que nous avançons avec une rapidité souvent plus grande que dans maints autres domaines scientifiques.

» Il y a une certaine inertie à surmonter, un courant à mettre en mouvement et il nous appartient de nous atteler résolument à la tâche. Les moyens sont en notre pouvoir, nous devons faire comprendre aux dentistes de tous pays qu'ils ont certains devoirs à remplir envers la société et la profession, chacun suivant ses aptitudes et ses aspirations. Certainement, en coopérant à la réunion de matériaux indispensables pour former une puissante organisation documentaire, nous contribuerons utilement à une entreprise dentaire internationale. Allons à la source et inculquons à nos confrères et à nos étudiants l'idée de travailler pour cet objet et de collaborer ainsi avec la Commission. Cette organisation doit progresser et ne pas demeurer à l'état de projet ; la dentisterie doit montrer qu'elle comprend ses véritables intérêts et qu'elle est disposée à mettre tous ceux qui l'exercent à même de puiser pleinement dans tous les trésors des connaissances odontologiques accumulés dans les diverses parties du monde.

» Si j'adresse cet appel, c'est parce qu'il y a beaucoup d'apathie à surmonter ; nous avons souvent frappé aux portes sans recevoir de réponse. Néanmoins certains résultats ont été obtenus, nous avons réuni et condensé beaucoup de documents, comme cela est indiqué dans le rapport à présenter à la Commission, et je remercie tous ceux qui ont coopéré. Le second Congrès des associations internationales, auquel je représentais la F. D. I., a ouvert des horizons nouveaux et a adopté plusieurs résolutions. J'en donne un compte rendu dans mon rapport, ainsi que le programme que la Commission se propose d'exécuter cette année avec la collaboration que nous attendons des membres de la profession. Nous nous mettrons à l'œuvre avec une nouvelle énergie et nous viendrons à bout dans l'avenir de cette tâche considérable qui profitera à la profession. Il n'est plus possible à un dentiste de se tenir au courant de toutes les questions intéressant la profession ; il a besoin d'une documentation lui fournissant rapidement des renseignements sur les questions qui l'intéressent. C'est une entreprise d'intérêt général, dont on a déjà senti les avantages, et qui deviendra de plus en plus indispensable aux progrès de la science dentaire. »

Télégrammes.

Sur la proposition de *M. Aguilar* il est décidé d'envoyer un télégramme de salutations et de souhaits de succès au Congrès international d'hygiène scolaire à Buffalo.

Il est également envoyé à la reine mère de Hollande, au roi de Danemark et au roi de Suède des télégrammes leur exprimant la gratitude de la F. D. I. pour avoir accordé leur patronage à l'hygiène dentaire.

A la fin de la séance d'ouverture les membres de la F. D. I. et les dames qui les accompagnaient furent photographiés.

(A suivre).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

CONGRÈS DU HAVRE (1914).

Paris, 25 novembre 1913.

A M. le président de la Société d'Odontologie :

Mon cher président,

Huit mois nous séparent encore de la date du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences qui doit se tenir au Havre au mois d'août prochain et cependant, je viens dès aujourd'hui, en ma qualité de président de la Section d'odontologie, vous demander de rappeler aux membres de votre active Société la date et le siège de nos grandes assises scientifiques annuelles.

Le lieu du Congrès est tout proche ; à peine trois heures de chemin de fer de Paris ; aussi j'espère que cette proximité nous vaudra la présence de nombreux membres de votre Société.

La date, à première vue, peut paraître encore lointaine, mais à nos laborieux confrères qui ont l'habitude de nous apporter des travaux bien préparés et longuement mûris, les huit mois qui nous séparent de l'ouverture du Congrès paraîtront peut-être bien courts.

A ceux des membres de notre Société qui ne sont pas encore venus à nos Congrès, je demanderai de faire un petit effort pour condenser le résultat de leurs observations — tout le monde en a de si intéressantes qui sont perdues pour la profession faute d'être publiées — et de se faire inscrire sans retard pour la session du Havre ; ils aideront au progrès de la science odontologique.

S'ils veulent bien me permettre un conseil : qu'ils ne craignent pas d'être trop en avance : la sagesse des nations cristallisée dans les vers de notre bon La Fontaine a prévenu les retardataires que :

« Rien ne sert de courir, il faut partir à point ».

Excusez, mon cher président, cette réminiscence et veuillez agréer, etc.

ACHILLE AUDY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'UNION ODONTOLOGIQUE

Nécessité de créer l'union entre tous les odontologistes en organisant une Fédération Dentaire Nationale ralliant tous les groupements professionnels odontologistes.

Par P. MONNIN,
Vice-président de l'A. G. S. D. F.

L'odontologie, plus que tout autre art, constitue une spécialité autonome qui peut se suffire sans exiger pour l'exercer le titre de docteur en médecine.

Qu'ils aient appris leur profession par un dur et patient labeur, ou qu'ils s'en soient promptement rendus maîtres par un mystérieux privilège, la plupart des chirurgiens-dentistes de carrière ont pour trait commun de n'attacher de prix à cette technique qu'ils possèdent et que la multitude ignore complètement.

Nous ne devons reculer devant aucun essai loyal d'amélioration et de perfectionnement du corps professionnel. Ce souci est celui de tous les honnêtes gens de tous les partis.

L'entente est toujours possible entre personnes d'opinion diverses, mais d'égale bonne foi. Nous devons donner à l'esprit public un but élevé. Nous devons écouter la logique des faits, dégager des moyennes et nous organiser sans passion sur des réalités. L'Odontologie n'est indestructible que si elle évolue et se transforme, elle doit entendre la voix de tous les hommes de bonne volonté unis par une politique professionnelle en dehors des questions de caste et de sentiment.

Plus de politique de mots, une politique de réalités, l'Odontologie sera rendue à ses heureuses destinées.

Il faut refaire la *Paix odontologique* ; attachons-nous chacun, pour notre part, à créer autour de nous l'atmosphère de tolérance mutuelle, de solidarité, de bonne volonté qui permettra à la politique professionnelle future de nous en appliquer les bienfaits.

. . . .

Notre politique doit être positive et se montrer toujours, par sa nature, directement progressive, étant sans cesse occupée à accroître la masse de nos connaissances et à en perfectionner la liaison. Ce sera donc essentiellement à la politique positive de développer l'esprit progressif, comme l'esprit organique.

. . . .

Donc, en vous présentant notre projet d'organisation politique et sociale, notre but est :

1° De vous donner une indication pour l'avenir et de vous faire comprendre la nécessité d'une centralisation générale des forces odontologiques pour lutter contre le péril stomatologique ;

2° De dire que toute longue persévérance, dans une direction rigoureusement invariable, n'ayant d'autre but que le relèvement moral et intellectuel de l'art dentaire, peut être signalée à l'attention de nos confrères, comme une sorte de garantie préliminaire, non seulement de la sincérité des nouveaux principes qui leur sont soumis, mais peut-être aussi de leur rectitude et leur opportunité.

. . . .

3° De montrer l'utilité d'une grande Fédération dentaire nationale (F. D. N.) organisant et dirigeant tous les groupements dentaires régionaux sous cette devise de nos anciens *Union-progrès*. Etant ainsi réunis, nous aurons des moyens d'action qui nous manqueraient si nous agissions isolément ;

4° Dire à nos confrères du syndicat que nous comptons les persuader que la lutte ouverte contre l'E. D. P., l'A. G. S. D. F., et la F. D. N. ne fait que disperser les foyers politiques et intellectuels et diminuer la considération des chirurgiens-dentistes français.

Toutes les fois que les intérêts corporatifs sont en jeu, il y a avantage à ce que les divers groupements régionaux et professionnels puissent se réunir dans une action commune, soit pour la discussion, soit pour l'élaboration de projets ou pour des démarches auprès des pouvoirs publics.

Nous poursuivons une idée collective, généreuse et sociale, où l'individu s'oublie constamment en pensant à la masse, et qui nous apparaît comme le plus grand devoir du citoyen.

Groupement dentaire régional

Il comprend un Bureau et des délégués à la F. D. N.

But. — 1° Assurer l'honorabilité des professionnels exerçant l'art dentaire dans la région ;

2° Etablir entre les membres qui composent les différents groupements odontologiques des liens de confraternité, d'assistance au besoin ;

3° Exercer une action efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement l'art dentaire. C'est là un but important pour le public, pour les malades ;

4° Former un faisceau solide qui groupe tous ceux qui exercent honorablement l'Odontologie et qui ne sont séparés les uns des autres que par des questions secondaires qui devraient être indifférentes ou par des questions d'étiquette.

Organisation. — Dans une organisation de groupements régionaux nous voudrions que ces groupements auxquels seraient donnés les pouvoirs les plus étendus fussent bien la représentation la plus autorisée dans chaque région, en un mot composés de membres que leurs confrères de cette région reconnussent être les plus dignes, les plus aptes à apporter au sein de la F. D. N. le concours que nous attendons.

Nous voulons des groupements importants, exempts de préjugés, jouissant d'une autorité qu'on ne reconnaît qu'à une collectivité d'hommes instruits aimant la profession et capables de rendre des services à la Société et à l'Etat.

Nous voulons des Comités régionaux reconnus tels par les dentistes de toute la France, puisque nous faisons appel à tous les dentistes de France, qu'ils soient docteurs en médecine ou chirurgiens-dentistes. Nous voulons aussi que la décision des groupements, émane d'une autorité indiscutable. Nous voulons qu'aucun de nos confrères n'ignore non plus la grande circonspection qui doit présider à la formation des groupements régionaux soit par le recrutement des adhérents, soit par les précautions à prendre par les organisateurs. Nous voulons que dans toute la France la F. D. N. représente bien l'Odontologie, qu'elle arrive à recruter toutes les bonnes volontés qui, tout en nous apportant un concours utile, sauvegarderont leurs intérêts les plus chers, ceux du corps professionnel en général.

Tous les groupements étant constitués, les programmes de la F. D. N. une fois élaborés et l'orientation professionnelle étant bien indiquée on pourra espérer une cohésion odontologique luttant sans trêve ni merci contre la cohésion stomatologique. Nous espérons aussi que le concours des circonstances, l'estime, l'amitié, l'uniformité des vues et des sentiments formeront entre tous les odontologistes une union indissoluble.

En sommes nous voulons :

1° Démontrer à nos confrères que c'est eux qui ont le devoir et le pouvoir d'ériger des soins dentaires en une branche de l'hygiène populaire. Ils auront beaucoup gagné une fois que l'Etat et la commune les soutiendront autant qu'il sera possible et nécessaire. La formation en groupements régionaux leur donne des moyens d'action qui leur manqueraient s'ils agissaient isolément ;

2° Combattre le charlatanisme sous toutes ses formes ;

3° Faire connaître aux tribunaux des arbitres qui leur présenteront un rapport écrit sur le différend qui leur aura été soumis ;

4° Faire connaître aux pouvoirs publics (Préfets ou Inspecteurs d'Académie) notre utilité pour la création des services dentaires dans les établissements scolaires et dans tous ceux où l'Etat assure le service médical ;

5° Eviter dans chaque groupement les polémiques violentes. Ces dernières, au lieu de resserrer les liens de bonne confraternité, enveniment souvent la bonne harmonie qui règne dans les groupements, on prend parti pour l'un ou l'autre des adversaires et de cette désunion naît une diminution de force contraire aux intérêts de la profession ;

6° Soutenir enfin une idée, non des individus.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

On lit dans le Petit Niçois *l'article suivant que nous croyons intéressant de reproduire :*

LE SERVICE DENTAIRE DANS L'ARMÉE

Un de nos confrères en parlant, ces jours derniers, des matelots américains, nos hôtes, faisait la remarque que ces jeunes gens jouissent tous d'une dentition parfaite.

Il ajoutait qu'en Amérique nul n'est admis dans la flotte s'il ne possède pas huit molaires. Dans l'armée de terre, également, le premier soin du Service de santé est d'exiger, puis d'entretenir les dents en bon état. Tous les chirurgiens-*dentistes* ont le grade d'officier et possèdent, que ce soit à bord des navires ou dans les casernes, des cabinets installés admirablement, fournis des instruments et des appareils les plus perfectionnés de la prothèse dentaire.

Ce n'est pas en Amérique seulement qu'on prend ainsi soin de la bouche des marins et des soldats. En Angleterre, en Allemagne, en Autriche, on attache à cette question la plus grande importance. Après de longues et sérieuses études, les dentistes diplômés sont versés dans les régiments, avec un grade, et reçoivent un outillage perfectionné qui leur permet de donner aux hommes tous les soins nécessaires.

On reconnaît qu'un soldat affligé de mauvaises dents ne peut pas mastiquer convenablement. Or, sans mastication suffisante, pas de digestion normale, assimilation des aliments incomplète, nutrition défectueuse. Résultat : maladies de tous les organes de la digestion.

Voilà pourquoi on soigne si bien les dents des soldats américains, anglais, allemands et autrichiens.



Que faisons-nous en France ? Pas grand'chose, hélas ! Nous sommes, sur ce point, d'une infériorité navrante vis-à-vis des autres pays que nous venons de citer.

Ce n'est que depuis quelques années que nous avons reconnu la nécessité d'un service dentaire dans l'armée. Il fut organisé par une circulaire de M. Chéron, sous-secrétaire d'Etat de la Guerre, et qui porte la date du 10 octobre 1907. Elle est relative à l'orga-

nisation d'un service de stomatologie dans l'armée. Une circulaire plus récente du 2 décembre 1910 a encore précisé le fonctionnement de ce service. Celle d'octobre 1907 dit notamment ceci :

« L'hygiène moderne a démontré l'importance considérable qu'on doit accorder aux soins de la bouche et des dents. Jusqu'ici on s'est peu occupé de cette question dans l'armée, où, cependant, les journées d'indisponibilité pour lésions dentaires, atteignent un chiffre élevé. En 1903, notamment, les affections des dents ont entraîné l'hospitalisation de 1.845 soldats, avec 18.639 journées de traitement. De plus, les maladies et l'évolution vicieuse des dents donnent lieu, parfois, à des complications qui nécessitent des interventions chirurgicales sérieuses, alors que ces complications pourraient être en grande partie évitées par une surveillance attentive et par des soins donnés en temps opportun. »

***

Après les essais poursuivis pendant trois années, la circulaire du 2 décembre 1910 posa avec précision les principes qui devraient désormais être appliqués.

« 1. Dans chaque hôpital ou hospice mixte, à mesure que les crédits alloués le permettront, une clinique dentaire sera créée pour donner des soins aux dents des offficiers, sous-officiers et soldats de l'armée active ;

» 2. Dans chaque corps d'armée, le directeur du Service de santé désignera les hôpitaux militaires ou hospices où des cliniques dentaires devront être installées au fur et à mesure des crédits ;

» 3. Le service de clinique dentaire sera assuré par des militaires possédant, au moment de leur incorporation dans l'armée, le diplôme de chirurgien-dentiste d'une Faculté de médecine ou, à défaut, par des étudiants ayant huit inscriptions de chirurgie dentaire. »

***

On peut donc dire que le service dentaire est maintenant officiellement créé et installé dans notre armée.

Mais fonctionne-t-il bien ? Les cabinets sont-ils bien outillés ? Les chirurgiens-dentistes sont-ils considérés comme à l'étranger ? Nos soldats peuvent-ils facilement arriver jusqu'à eux ?

Hélas ! que de choses nous aurions à dire sut tout cela ! Sur ce point encore, comme sur bien d'autres, nous verrions la routine barrer la route à tous les progrès et les anciens préjugés paralyser toutes les bonnes intentions du ministre.

Ce qui choque, en premier lieu, c'est de voir des chirurgiens-dentistes, ayant accompli cinq années d'études à Paris, à Nancy

ou à Lyon, ayant subi des examens très sérieux devant les Facultés de médecine, n'être et ne rester que de simples soldats, soumis le plus souvent aux corvées les plus répugnantes de la caserne. Car il en est ainsi dans quelques régiments où l'on peut voir des dentistes qui, après avoir nettoyé les écuries ou autres endroits encore plus retirés du quartier, vont, aussitôt après, fourrer leurs doigts dans la bouche des « officiers, sous-officiers et soldats ».

Et dire que, pendant cinq ans, on a appris aux étudiants en chirurgie dentaire, l'anatomie, l'asepsie, l'antisepsie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et la bactériologie, pour leur donner plus tard, lorsqu'ils sont à la caserne, *et qu'ils ont pourtant terminé leurs classes de soldat*, plus souvent le balai que le davier !

Un ouvrier lampiste est souvent plus favorisé qu'un chirurgien-dentiste, alors que ce dernier, en temps de paix, est si nécessaire et, en temps de guerre, rendrait de grands services au point de vue de la petite chirurgie, de l'anesthésie, des pansements, etc.

Nous pourrions continuer cette édifiante étude en examinant maintenant comment sont installés les cabinets dentaires dans l'armée. Mais on devine que, sur ce point encore, nous serions amenés à souligner notre humiliante infériorité vis-à-vis des armées étrangères.

Nous aimons mieux, pour l'instant, nous arrêter là et former le souhait que, puisque en cette matière tout dépend de l'initiative des chefs, ils reconnaissent enfin l'urgence d'une réforme sérieuse et complète, au moment où le pays donne à l'Armée sa plus belle jeunesse.

Il nous manque environ 700 médecins militaires, a déclaré à la Chambre le docteur Lachaud. Pourquoi ne pas utiliser le concours précieux que peuvent apporter les chirurgiens-dentistes ; pourquoi les traiter en parias au lieu de leur permettre de donner à la fois la mesure de leur science et de leur dévouement ?...

Dr P. B.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE

Assemblée générale du 29 octobre 1913.

Rapport de M. Raymond Lemière,

Secrétaire général,

La lecture du procès-verbal de notre dernière assemblée générale vient de vous rappeler la période troublée que traversa notre Société au moment de sa fondation. Ces différentes difficultés ne nous permirent pas de remplir tout d'abord le programme que nous nous étions proposé. D'après les décisions du Conseil d'hygiène de la Fédération dentaire internationale, le rôle des Comités nationaux devait être le suivant :

1° Répandre l'hygiène buccale ;

2° Créer dans chaque ville des cliniques dentaires scolaires ;

3° Fournir aux écoles et aux casernes des moyens d'enseigner l'hygiène dentaire (tableaux muraux, conférences, création de services d'inspection semestrielle et de traitement dentaire par des chirurgiens-dentistes) ;

4° Provoquer la création ou l'extension des services dentaires dans l'armée et la marine ;

5° Propager les idées d'hygiène dentaire dans les centres industriels, particulièrement dans les industries insalubres (phosphore, plomb, mercure, sucre) ;

6° Fournir gratuitement des brosses à dents aux indigents.

Tels étaient les 6 articles dont nous devions nous efforcer de poursuivre la réalisation. Vous allez vous rendre compte par la lecture du présent rapport que chacun d'eux a reçu un commencement d'exécution.

C'est au 8e arrondissement que nous avons essayé de fonder la première clinique d'inspection et de traitement dentaire conforme à notre programme. Par suite de nos relations amicales avec les membres de la municipalité de cet arrondissement, et, en particulier, grâce à l'aimable intervention de MM. les docteurs Maréchal et Godon, maire et maire adjoint, nous avons rapidement provoqué la fondation d'une clinique scolaire. Depuis un an déjà, cette clinique située rue de Monceau, subventionnée par la Caisse des Ecoles fonctionne régulièrement, et 250 enfants y ont reçu les

consultations et les soins dentaires nécessaires. M. le Dr Godon qui nous avait déjà parlé de son organisation[1] l'an dernier, vous lira dans un instant un rapport détaillé sur son fonctionnement actuel. De nombreux perfectionnements doivent encore être apportés, de sorte que cette clinique pourra bientôt servir de type à des organisations du même genre. Nous avons entrepris auprès des municipalités des autres arrondissements de Paris, des démarches qui, nous l'espérons, vont aboutir prochainement, et bientôt toutes les mairies de Paris auront également leur dispensaire dentaire régulièrement organisé suivant le programme du C. N. F. H. D.

Je vais vous donner lecture de la lettre que nous avons adressée à tous les maires de Paris. Ces lettres ont été apostillées par le maire du 8e arrondissement, M. Maréchal, et nous nous sommes mis à leur disposition pour l'organisation et le recrutement du personnel traitant. Nous faisons donc appel à tous nos confrères qui désirent s'intéresser à cette œuvre, afin que nous les mettions en rapports s'ils le désirent avec la municipalité de leur arrondissement.

Propagande dans les Écoles.

Au point de vue de la propagande dans les écoles, nous avons également obtenu des résultats très appréciables. Je vous exposerai dans un instant un rapport sur la propagande dans les écoles et à l'assistance publique. Disons de suite par le ministère de l'Instruction publique que nous sommes autorisés à placarder dans toutes les écoles de France des tableaux muraux ainsi conçus :

BROSSEZ-VOUS LES DENTS TOUS LES JOURS

Ces tableaux sont offerts par le Comité. Vu la modicité de nos ressources, nous n'avons pu offrir au Ministère de l'Instruction publique que 2.500 tableaux ; nous espérons renouveler chaque année cette donation.

Sur l'intelligente proposition d'un membre de notre Conseil d'administration, nous avons réalisé la propagande dans les écoles d'une façon plus économique. Une commission fut nommée dans le but de rédiger quelques dictées dentaires[2] à l'usage des différents cours scolaires ; ces dictées ont été soumises à l'approbation de M. Lamy, inspecteur général de l'enseignement et ont été envoyées à un certain nombre de journaux pédagogiques : « *Le volume, le Manuel général, l'Ecole nouvelle* » qui en ont, pour la plupart, accepté la publication. Ce moyen d'action sera très efficace, car

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars 1913, p. 275.
2. Voir *Odontologie*.

les instituteurs et institutrices puisent d'ordinaire dans ces publications les sujets de devoirs donnés aux élèves.

Nous rappelons que M. l'inspecteur Lamy, qui vient encore de nous prêter son précieux concours, a déjà contribué puissamment au développement de l'hygiène dentaire en faisant adopter par le membre de l'I. P. la circulaire du 23 mars 1908 relative aux soins dentaires dans les Ecoles primaires supérieures [1].

Nous avions décidé, lors de notre fondation, de faire, dans différents milieux scolaires, des conférences sur l'hygiène dentaire. Votre secrétaire général a eu l'occasion de faire une conférence à l'Association des Dames de France. Le plan de cette conférence est à la disposition de tous les membres qui désireraient parler de l'hygiène dentaire.

Enfin, au moment de la préparation de la loi sur l'Inspection médicale scolaire, notre Comité n'est pas resté inactif, nous avons obtenu une audience de la Commission chargée de la préparation de cette loi. Une délégation du Comité s'est rendue à la Chambre des députés et ses membres ont exposé à la Commission les moyens pratiques d'organiser des services d'inspection et de traitement dentaires dans les écoles. Les concours bénévoles ne manqueraient certainement pas, et les raisons budgétaires invoquées contre le projet seraient de peu de valeur.

Hygiène dentaire militaire.

Depuis quelques années, pendant leur séjour sous les drapeaux, les chirurgiens-dentistes sont utilisés dans les infirmeries régimentaires pour donner les soins dentaires aux hommes de troupe [2]. Ces services ont été très appréciés dans un grand nombre de régiments, et ont acquis une reconnaissance presque officielle. L'an dernier, le Ministre de la Guerre a adressé aux médecins-majors des régiments une circulaire dans laquelle il les consultait sur les améliorations à apporter à ces nouveaux services. Le Comité national français s'est empressé à ce moment d'envoyer aux médecins-majors d'un grand nombre de régiments, un rapport où étaient exposées les principales modifications à apporter dans les services dentaires régimentaires, dans un sens favorable à la fois, à l'hygiène dentaire et aux chirurgiens-dentistes. M. le Dr Roy, président de notre Comité, qui s'était chargé de la rédaction de ce rapport, a reçu de quelques médecins-majors des réponses, montrant que nos avis avaient été pris en considération et que notre circulaire n'était pas restée lettre morte.

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 avril 1908, p. 307.
2. V. Circulaire du Ministre de la Guerre du 2 décembre 1910 (*Odontologie* du 15 décembre 1911).

Au moment de la discussion à la Chambre[1] du projet de loi rétablissant le service militaire de trois ans, cette heureuse utilisation des chirurgiens-dentistes fut signalée à la Chambre par M. Méquillet qui réclama pour les chirurgiens-dentistes militaires une existence et des titres officiels. Mais à ce moment, il s'agissait d'augmenter nos effectifs et bien loin de créer de nouveaux services hors rangs, la majorité des législateurs était au contraire disposée à supprimer les anciens. L'amendement Méquillet fut repoussé. Au Sénat lors de la discussion de la loi de redressement, la question des chirurgiens-dentistes militaires reprise par M. Paul Strauss est actuellement à l'étude devant la Commission de l'armée. M. Paul Strauss s'est fait une fois de plus le défenseur de nos idées et en même temps qu'il défendait l'hygiène dentaire au Sénat, il faisait paraître dans la *Petite République* un éloquent article, où il exposait au grand public tous les bienfaits de l'hygiène dentaire et montrait l'opportunité de la réforme proposée. Vu son importance je vais vous donner lecture de cet article qui renferme tout un programme et ce programme comme vous verrez se rapproche singulièrement de celui que nous nous sommes tracé. (Lecture[2].)

Les paroles si autorisées de M. le sénateur Strauss devront figurer dans toutes nos conférences, toutes nos circulaires. Cet article et le discours de M. Méquillet constituent à l'heure actuelle nos meilleures références.

Plus récemment notre vice-président, M. Franchette, et notre collègue le Dr Frey ont été appelés à donner leur avis devant la section technique de ce service de santé pour l'organisation des services dentaires dans l'armée.

Une lettre du Directeur du service de santé au Directeur de l'Ecole M. Godon a montré que l'administration de la Guerre avait été favorablement influencée par ces diverses interventions et qu'elle s'occupait de la question.

Tels sont, rapidement résumés, les résultats réels, palpables que nous avons acquis. J'ai passé volontairement sous silence toutes les démarches que nous avons faites de différents côtés et qui ne nous ont pas encore donné ce que nous en attendions : C'est ainsi qu'au moment de notre fondation, nous avions décidé, suivant notre programme, de créer dans les principales villes de France des comités régionaux. Une circulaire où était exposé le but de notre Comité fut envoyée à tous les dentistes de France sans grand succès du reste. Après cette vaine tentative, nous prîmes

1. V. *L'Odontologie* du 15 août 1913.
2. Voir *Odontologie*.

la résolution d'agir par nous-mêmes à Paris et dans les milieux plus directement accessibles.

Au point de vue de la propagande dans les milieux industriels sur la proposition de M. Bertin, une circulaire fut envoyée aux présidents des syndicats généraux du Commerce et de l'Industrie[1] pour les inviter à répandre dans les milieux ouvriers les principes d'hygiène buccale que nous préconisons.

Ces démarches très intéressantes ne seront pas abandonnées et nous allons nous occuper de les reprendre prochainement.

Enfin à La Haye à la Commission internationale d'hygiène avec laquelle nous restons en rapports constants, nous avons envoyé un rapport sur notre action en France.

Je vous signale pour terminer quelques-uns des projets dont s'occupe en ce moment le Conseil d'administration. La ville de Paris vient de fonder récemment un musée d'hygiène sociale où sont exposés sous des formes diverses : tableaux graphiques et les principales questions intéressant l'hygiène urbaine. Il nous a semblé que le Comité national français d'hygiène dentaire pourrait y être représenté par un tableau indiquant ses statuts, son but et les résultats qu'il a déjà obtenus.

Nous sommes en ce moment en pourparlers avec une maison d'édition d'images d'Epinal à laquelle nous demandons d'éditer sous une forme humoristique des images destinées à la propagande dentaire. Enfin, pour réaliser le dernier article de notre programme et aussi pour épuiser nos dernières ressources budgétaires de l'année, nous nous proposons de faire soit au Dispensaire du 8e arrondissement, soit à l'Ecole dentaire de Paris, soit dans tout autre milieu une distribution de brosses à dents à l'estampille du Comité.

Telle a été, l'action du Comité depuis sa dernière assemblée générale. Vous voyez que, s'il nous reste beaucoup à faire, nous avons déjà fait œuvre utile en cherchant à réaliser la tâche étendue et intéressante que le Comité a assumée.

---

1. V. *Odontologie.*

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'HEUREUX ADULTÈRE
ou les gaîtés de la jurisprudence.

« La majesté de la justice réside tout entière dans chaque sentence rendue par le juge au nom du peuple souverain » dit, en gardant son sérieux, Anatole France dans « L'affaire Crainquebille ». Dieu me préserve donc, moi, chétif, mais bon citoyen, de m'attaquer à l'autorité de la chose jugée! Par son essence elle est « tabou », mais dans le jugement qu'on lira plus loin, les attendus qui y conduisent forment comme un chemin où fleurirait une imprévue fantaisie, et où il serait loisible de s'attarder en se gaussant.

En vérité, c'est tout un drame de l'exercice illégal; il ne peut passer pour un conte bleu : le jaune y domine au prologue, et ce n'est pas la vertu qu'on y voit couronner au dénouement

Après lecture du jugement, il vous sera difficile de soutenir que les juges de Meaux se soient proposé d'encourager la fidélité conjugale !

Ah! qu'elle a été bien inspirée, Mme X..., le jour trois fois béni où elle a immolé sur l'autel de Vénus Anadyomène la virginité de son casier judiciaire! Sans parler des félicités intimes, sur lesquelles la bienséance m'interdit d'insister, le bienheureux délit de complicité d'adultère, suivi de condamnation, lui a rapporté, entre autres, l'avantage de déclancher la bienveillance du tribunal, mieux que ne l'aurait fait le certificat de bonnes vie et mœurs à la portée de vous et de moi. Changeant d'accessoire symbolique, la Thémis meldoise n'a plus qu'à troquer sa balance contre la lance d'Achille, celle qui savait guérir les plaies qu'elle avait ouvertes : de la main droite n'a-t-elle pas pansé la blessure qu'elle a faite de la main gauche ? — de la main gauche, c'est le cas de le dire.

Et voilà comment un constat de flagrant délit peut tenir lieu d'un acte d'association reconnu inexistant. Est-ce d'une moralité très recommandable ? qu'importe, il paraît que c'est juridique...

Malgré leur sympathie non déguisée, les juges n'ont pu écarter le 2e chef de prévention (pratique illégale de l'anesthésie) et ils ont

dû condamner Mme X... à 16 francs d'amende — oh! rassurez-vous, avec le bénéfice de la loi Bérenger. Je vous renvoie, pour que vous le savouriez, à l'attendu qui justifie (?) cette indulgence : le délit, pourtant bien caractérisé, n'est plus délit (ou si peu) dès l'instant que le plaignant est un concurrent de la défenderesse, et que c'est un intérêt privé qui le meut. Aussi quelle audace a-t-il ce confrère ! ne va-t-il pas demander que les prérogatives attachées à son diplôme — diplôme conquis à grands frais, et qui rapporte gros à l'Etat — soient, pour le moins, protégées par l'Etat ! Haro, sur l' « accapareur » de clientèle, s'écrient les juges ; car il y a des juges... à Berlin.

Un détail piquant, pour finir. Savez-vous qui défendait notre héroïne de l'exercice illégal ? Précisément l'éminent avocat qui, membre du conseil judiciaire d'un Syndicat dentaire bien connu, soutient de sa chaude éloquence les plaintes de ce Syndicat contre ceux qui font de l'exercice illégal ! Gageons qu'à son retour de Meaux, il ne se sera pas entendu répéter par ses mandants ordinaires l'anathème du satyre de La Fontaine:

Arrière, ceux dont la bouche
Souffle le chaud et le froid!

HENRI DREYFUS.



Tribunal de Meaux.

EXERCICE ILLÉGAL DE L'ART DENTAIRE.

(9 juillet 1913, ministère public, Vve X.)

Prévenue d'avoir depuis moins de trois ans à P. et à T. et dans tous les cas dans l'arrondissement de Meaux exercé illégalement l'art dentaire : 1° en prenant part habituellement ou par une direction suivie à la pratique de l'art dentaire, sans justifier en l'absence de diplôme de son inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; 2° en pratiquant l'anesthésie, sans être munie d'un diplôme.

Le Tribunal.

1° Sur le 1er chef de prévention :

Attendu que la veuve X... reconnaît qu'elle exerce habituellement la profession de dentiste sans être munie du diplôme prévu par la loi du 30 novembre 1892, mais prétend y être autorisée

par la disposition transitoire contenue dans l'article 32 de ladite loi.

Qu'elle ne conteste pas il est vrai n'avoir bénéficié personnellement d'aucune inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, mais soutient qu'étant à cette époque l'associée du sieur X..., son futur époux, inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ainsi qu'elle en justifie, elle était par là même affranchie de toute patente aux termes de l'article 20 de la loi du 15 juillet 1880;

Attendu que d'après cette disposition dans les sociétés en nom collectif, l'associé principal seul est imposé du droit proportionnel qui est d'ailleurs uniquement dû par ceux qui exercent les professions libérales prévues au tableau D, annexé à ladite loi.

Attendu il est vrai que la veuve X... ne justifie pas régulièrement et par les moyens de preuve prévus par l'article 39 du Code de commerce qu'il ait existé entre elle et le sieur X... une société en nom collectif.

Mais attendu qu'il résulte de l'Instruction générale sur les patentes du 6 avril 1881 (nº 79) que toutes les dispositions de l'article 20 de la loi du 15 juillet 1880, et notamment les 3, 4 et 5 desquels il résulte que le droit proportionnel dont les sociétés en nom collectif sont redevables n'est imposé que sous le nom de l'associé principal « s'appliquent non seulement aux sociétés en » nom collectif constituées par des actes publics ou sous seings- » privés déposés en minute ou en expédition... mais encore à tou- » tes les associations de même nature que désigne la notoriété » publique ou que révèlent des actes constatant la participation » aux affaires tels que baux, traites, factures, effets de com- » merce, etc... ainsi il n'est pas nécessaire que toutes les forma- » lités relatives à l'existence légale des sociétés en nom collectif » aient été remplies, il suffit que l'association existe de fait et » soit notoire. »

Or attendu qu'il résulte des témoignages recueillis à l'audience du 8 juillet et des nombreuses justifications produites par la prévenue qu'elle était bien en 1892 l'associée de fait de feu X..., avec lequel elle cohabitait, ayant même été condamnée le 2 septembre 1892 comme complice du délit d'entretien de concubine au domicile conjugal commis par ledit X...

Que l'association de fait, qui semble même avoir été constatée par un acte régulier, détruit depuis, était en tous cas tellement notoire qu'elle a été attestée par un grand nombre de personnes clientes du cabinet X... en 1892 et que la prévenue produit même des duplicata de factures d'une maison Lemaire de Paris établis le 30 décembre 1891 au nom de M. X-Y.

Qu'en conséquence la prévenue établissant qu'il existait une

association de fait entre elle et X... au 1er janvier 1892, il en résulte que tout en exerçant bien à cette date la profession de dentiste elle bénéficiait d'une dispense légale d'inscription au rôle des patentes, qu'elle est dès lors en droit d'invoquer la disposition transitoire prévue par l'article 32 de ladite loi et qu'elle est autorisée à continuer l'exercice de l'art dentaire.

2° Sur le 2me chef de prévention :

Attendu que le paragraphe 2 de l'article 32 n'accorde aux dentistes qui se trouvent dans les conditions indiquées au paragraphe précédent le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé !

Or attendu qu'il résulte des débats et des aveux mêmes de la prévenue qu'elle a contrevenu à cette disposition en pratiquant sur ses clients l'anesthésie par le chlorure d'éthyle ou par des piqûres de cocaïne.

Attendu qu'il y a lieu de faire à la prévenue une application d'autant plus modérée de la loi ; qu'aucune plainte émanant de ses clients ne paraît avoir été formulée contre elle et que l'action publique n'a été mise en mouvement que sur la plainte d'un concurrent désireux de satisfaire un intérêt privé et d'accaparer la clientèle d'une rivale d'autant plus gênante que ses services paraissent appréciés par ceux qu'elle traite, à en juger par les dépositions des témoins et les nombreuses attestations produites par la dame X...

Par ces motifs.

Statuant en premier ressort :

Acquitte la veuve X... du chef d'exercice illégal de l'art dentaire, mais la condamne en seize francs d'amende pour emploi d'anesthésique sans l'assistance d'un docteur, délit prévu et puni par les articles 32 et 19 de la loi du 30 novembre 1892.

Dit qu'il sera *sursis* à l'exécution de la peine dans les conditions énoncées en la loi du 26 mars 1891.

Le tout par application des articles 32, 19, 27, de la loi du 30 novembre 1892, 463 du Code pénal, 52 du même Code 1er de la loi du 26 mars 1891, 194 du Code d'instruction criminelle et 2 de la loi du 22 juillet 1867.

NÉCROLOGIE

Dr Hérard.

Nous apprenons la mort, à l'âge de 94 ans, du Dr Hérard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, doyen et ancien président de l'Académie de médecine, où il était entré en 1867. Il avait présidé en 1884 la séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses de l'Ecole dentaire de Paris. Il s'était signalé surtout par des travaux sur la phtisie pulmonaire, il dirigeait l'œuvre de la tuberculose et avait été président du Congrès international de la tuberculose en 1905.

Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1855, à 35 ans, pour son dévouement aux malades pendant l'épidémie de choléra.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à ses obsèques par son Directeur, M. Godon.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos vifs regrets.



Notre confrère M. Housset, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre son père, à l'âge de 55 ans. Les obsèques ont eu lieu le 27 novembre.



Notre confrère M. Fié, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient de perdre son beau-frère, M. Léon Fradet, à l'âge de 57 ans.

Nous adressons à nos confrères nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le mardi 2 décembre, à 9 heures du soir.

Après la lecture de la correspondance, le président, M. Jeay, prononça un discours fort applaudi dans lequel il exposa les progrès

de l'odontologie et invita tous ses collègues à redoubler d'efforts pour faire progresser leur profession et à apporter leur concours à la Société.

M. le prof. Gysi, de Zurich, fit sur une patiente la démonstration d'une prise d'articulation, avec ses appareils qu'il décrivit et ensuite, dans une conférence illustrée de nombreuses projections, il exposa toutes ses recherches et conclut à la nécessité d'employer des articulateurs anatomiques pour la confection des dentiers.

MM. J. Davenport, Amoëdo, Godon, G. Viau prirent la parole pour féliciter M. Gysi de son admirable travail.

Une coupe de champagne lui a été offerte après la séance par le Bureau de la Société d'Odontologie et le Bureau de l'Ecole.

Fédération dentaire nationale.

Le Bureau de la F. D. N. s'est réuni le 27 novembre.

Il s'est occupé de démarches à faire auprès de la Commission sénatoriale de l'armée touchant la situation militaire des étudiants en chirurgie dentaire et des chirurgiens-dentistes.

Il s'est occupé également de démarches à faire au sujet de la désignation des experts.

Il a décidé l'envoi aux sociétés adhérentes d'un appel en faveur des Congrès du Panama-Pacifique et du Havre.

Comité national français d'hygiène dentaire.

Le Conseil d'administration du Comité national français d'hygiène dentaire s'est réuni le 28 novembre, à 6 heures du soir.

Après approbation du procès-verbal, il a adopté diverses mesures de nature à répandre les notions d'hygiène dans les milieux industriels et scolaires d'abord, dans le public ensuite.

Il a chargé une Commission de l'exécution de certaines de ces mesures, propres à faire impression sur la masse.

Il a procédé au renouvellement de son Bureau, qui est constitué ainsi :

Président : M. Roy.
Vice-présidents : MM. Franchette, Pont, Bertin, Louvet.
Secrétaire général : M. R. Lemière.
Secrétaire adjoint : M. Zimmermann.
Trésorier : M. Bioux.
Bibliothécaire : M. Henri Villain.

Congrès dentaire Panama-Pacifique.

Le Comité d'organisation du Congrès dentaire Panama-Pacifique, qui se tiendra en 1915 à San-Francisco, a constitué ainsi qu'il suit le Comité exécutif français de ce Congrès : *Président* : M. Ch. Godon ; *Membres* : MM. Blatter, Pont(Lyon), M. Roy, G. Villain, et a adressé à chacun de ces confrères un titre de nomination.

D'après les instructions qu'il a reçues, le Comité exécutif français est chargé de recevoir les demandes d'admission et de statuer sur celles-ci ; il est chargé également de prononcer sur l'admission des communications qui lui seront adressées.

Les communications qui ne seront pas en anglais devront être accompagnées d'une traduction en anglais ; elles devront être écrites à la machine.

Les auteurs peuvent indiquer les personnes par lesquelles ils désirent voir discuter leurs communications et celles-ci devront être accompagnées d'une traduction en anglais de la discussion proposée.

Les communications et discussions devront être parvenues au Comité américain avant le 1er mars 1915.

Le Congrès s'ouvrira le dernier lundi d'août 1915 et durera dix jours.

Rappelons que le Bureau de la Fédération dentaire nationale s'est constitué dans sa séance du 20 mai dernier en Comité de patronage et de propagande du Congrès de San-Francisco et vient d'adresser un appel aux sociétés adhérentes afin d'assurer la participation de la France à ce Congrès.

Chambres de chirurgiens-dentistes.

Nous avons entretenu nos lecteurs de la constitution d'une Chambre de chirurgiens-dentistes en Prusse. Cette Chambre a tenu tout récemment sa première séance à Berlin. Elle est composée de MM. Scheele, 1er président, Kalisch, 2e président, Schwanke, Treuenfels, Dietrich, Saenges, Hacke, Baden, Ritter, Heydenhauss, Misch, Pape, Addicks, Steinkamm, Hielscher, Schulke, Winter, Kaminski, Kaiser, Knospe, Schäffer-Stückert, Bauchwitz, Sachs, Labischowski, Linke, Lipschitz, Giebe, Bolten, Thamer, Liess, Peritz, Lengneck.

Manifestation de sympathie en l'honneur de M. Lemerle.

Nous publions ci-après la 2e liste des souscripteurs qui ont participé à la manifestation de sympathie organisée en l'honneur de M. Lucien Lemerle.

Amoëdo (O.).
Amoëdo (fils).
Anéma.
Bechœffer (Mlle).
Billet (fils).
Bouillant.
Bouvier (L. J.).
Caron (Nantes).
Cauhépé (X.).
Cauhépé (G.).
Chaboseau.
Chameau.
Choquet.
Claser.
Conte.
Cottarel (A.).
Cottarel (N.).
Cousin.
Daunis.
Daunis (Mme).
Davenport (W.).
Davigneau.
Debray (St-Germain).
Delattre.
Demeulle.
Desormeaux (Verneuil).
Duncombe (Caen).
Dupas (Nantes).
Fédération dentaire nationale.
Ferrand.
Flemin.
Fonsèque.
Fontanel.
Franchette.
Francis Jean (père et fils).
Frinault.
Galand.
Guerini (Naples).
Hipwell.
Hirschfeld.
Huguet.
Jacobson.
Jenkins.
Jolivet.
Kanel (Rambouillet).
Léger-Dorez.
Legrand (Beauvais).
Lejeune.
Levêque (Ph.).
Luck.
Martinier (G.).
Maudry.
Mendel-Joseph.
Meunier.
Millas.
Monnin (Le Mans).
Nahr (Metz).
Pailliottin.
Pélissier.
Peyrabon.
Pittet.
Quincerot.
Quintero (Lyon).
Robin (Georges).
Robinson.
Ronnet (A.).
Rouzée.
Sauvigny.
Schwabsky.
Sénécal (Le Raincy).
Serres.
Smadja (Ed.).
Smadja (F.).
Société coopérative des dentistes de France.
Solas.
Solbrig.
Stuhl.
Tireau.
Trallero (Barcelone).
Vais.
Valadier.
Van der Heust.
Vanel.
Wetzel (A.).
Wetzel (R.).
Wilson.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

L'Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a eu lieu le mardi 9 décembre 1913, à 8 h. 1/2 du soir, au siège de la Société, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 10 décembre 1912 ;

2° Correspondance ;

3° Rapport du secrétaire général ;

4° Rapport du trésorier ;

5° Election de 10 membres du Conseil d'administration sortants et d'un membre démissionnaire ;

6° Situation de l'Ecole ;

7° Résultats des examens de validation de stage en 1913 ;

8° Questions et propositions diverses.

Membres sortants rééligibles : MM. d'Argent, Blatter, Roy, Bioux, G. Villain, Miégeville, André, Geoffroy, Tacail, Renhold.

Membre démissionnaire : M. L. Lemerle.

MM. Tacail et Renhold ne se représentaient pas.

70 membres étaient présents, dont 66 de Paris et 4 des départements.

Après lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 10 décembre 1912, l'assemblée a approuvé les rapports du secrétaire général et du trésorier, qui avaient été envoyés aux sociétaires en même temps que la convocation.

Elle a examiné ensuite la situation de l'Ecole et s'est occupée des résultats des examens de validation de stage en 1913. Elle a émis, à l'égard du choix des membres des jurys dans les examens de validation et de scolarité, à l'égard du choix des épreuves et de la fragmentation du jury, un vœu qui a été renvoyé, pour exécution, au Conseil d'administration.

Enfin il a été procédé à l'élection de 11 membres du Conseil d'administration, savoir 10 pour 2 ans, 1 pour 1 an. Le scrutin a donné les résultats suivants :

Votants : 70. Suffrages exprimés : 70. Majorité absolue : 36

MM. J. d'Argent.	70 voix, élu	MM. G. Villain ..	68 voix, élu
Bioux	70 — —	Pillières ...	68 — —
Miégeville..	70 — —	Geoffroy ...	68 — —
Solas......	69 — —	Blatter.....	67 — —
André	68 — —	Haloua	67 — —
Roy	68 — —		

MM. P. Martinier 2 voix, Laurier 1 voix, un nom illisible 1 voix.

L'Assemblée s'est séparée à 11 heures.

33e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1913 Vol. L

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA CARIE DENTAIRE ET NOUVELLE THÉORIE DE LA SUSCEPTIBILITÉ DE LA CARIE

Par Edouard C. Kirk,

Doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie.

Dans son traité de dentisterie opératoire, en discutant l'historique de la carie dentaire, G. V. Black cite un passage emprunté à un ouvrage allemand publié en 1530 par un anonyme, ouvrage qui fait partie de ma collection personnelle de littérature dentaire et qui est peut-être la plus ancienne reproduction, du moins dans un écrit dentaire séparé, d'une théorie de la carie dentaire ayant sans doute son origine dans la plus haute antiquité et qui, dans ses grandes lignes, expose la théorie généralement admise de nos jours.

Ce passage est le suivant :

« La carie est une maladie et un défaut des dents qui les couvre de trous et les rend creuses et qui affecte le plus souvent les molaires, surtout si on mange sans les débarrasser des particules alimentaires adhérentes, lesquelles se décomposent en produisant une humidité acide qui les ronge et les corrode, en augmentant continuellement peu à peu, de telle sorte qu'elle déteint les dents entièrement, qui par la suite tombent finalement en morceaux, non sans douleur. »

Diverses autres théories ont été émises pour expliquer

la carie, mais aucune n'a été acceptée si généralement et si longtemps que celle-ci, précisément parce que ses conclusions découlent d'une observation étendue et intelligente.

Dans les 25 dernières années du XIX[e] siècle l'intérêt du problème de la carie s'est accru et l'étude sérieuse en a été entreprise au point que des méthodes scientifiques ont commencé à être appliquées pour la résoudre. Les ouvrages de Leber et Rottenstein, de Magitot, d'Underwood et Milles en sont des exemples ; les recherches de ces deux derniers auteurs furent présentées à la section dentaire du Congrès international des sciences médicales en 1881. Leur communication revifie activement la théorie du germe dans la carie dentaire, d'autant qu'ils exposèrent la relation des bactéries avec la carie, car ils avaient constaté la présence constante de micro-organismes dans la dentine cariée et l'élargissement des canalicules qu'ils produisaient. Ils soutinrent, comme expression de leur conviction, que dans la carie des tissus durs « deux facteurs coopèrent toujours : l'action des acides et celle des germes ». Ils ajoutent :

« Cette théorie que, pour la distinguer des autres, on peut appeler septique, est plutôt une amplification qu'une contradiction de la théorie chimique. Très probablement la décalcification est due entièrement aux acides, mais ceux-ci sont, pensons-nous, sécrétés par les germes eux-mêmes, *et les fibrilles organiques dont les organismes se nourrissent et dans lesquelles ils se multiplient sont le théâtre de la production de leurs acides caractéristiques, qui, à leur tour, décalcifient la cuticule et décolorent toute la masse.* »

En 1882-1883 W. D. Miller, de Berlin, commença la publication d'une série d'articles relatant ses expériences et les conclusions qu'il en tirait sur la nature de la carie et sur le mode de production de l'agent décalcifiant intervenant dans la marche de la carie ; il prouva incontestablement que l'acide qui est cet agent est l'acide lactique produit par le ferment de certaines catégories de bactéries qui ont le pouvoir de décomposer les monosaccharides en acide lactique. Le caractère de ces recherches et la sûreté de ces conclusions les firent accepter universellement, ce qui mit le

sceau scientifique à l'ancienne théorie rappelée au début de cet article.

Dans toutes ses expériences ayant pour but de reproduire artificiellement la carie dentaire, Miller se servit d'un milieu de culture ayant pour base une matière alimentaire amylacée. Il était dominé par cette idée que la carie des dents est produite dans ses premiers stades par la fermentation de débris alimentaires carbohydratés. En soumettant ceux-ci à la fermentation par des bactéries de la bouche, et en plongeant des coupes de tissu de dents saines dans des milieux de culture ainsi préparés, il peut reproduire la carie dans la dentine et l'émail d'une façon qui imitait si bien la carie de la dent survenant dans les conditions normales de la bouche qu'on ne peut découvrir de différence ni macroscopiquement ni microscopiquement.

Miller mourut en juillet 1907. Ses derniers articles sur la carie dentaire ne traitaient pas directement de son étiologie, car il regardait ses recherches antérieures comme définitives sur ce point. En effet, en 1900, il écrivait :

« La carie résulte de l'accumulation et de la rétention de particules alimentaires dans les fissures, dépressions, etc., sur les surfaces libres des dents, endroits que nous appelons centres de rétention. Si, en obturant une cavité de dent, nous n'oblitérons pas le centre de rétention qui donna naissance à la carie, il y a toute raison de croire que la carie peut réapparaître avec le temps. »

J'avais émis à Miller et dans les articles que j'ai publiés, notamment en 1903 et en 1913, l'idée que la susceptibilité à la carie pourrait être due à la présence dans la salive de carbohydrate dissous, produit de métabolisme, et non uniquement aux débris de carbohydrates alimentaires dans la bouche. Miller rejeta cette idée après avoir fait quelques expériences pour déterminer la possibilité de la survenance de carbohydrate métabolique dans la salive.

La confirmation scientifique donnée par les recherches de Miller à une théorie de la carie dentaire aisée à comprendre et largement acceptée, servit à faire croire à tous

que la carie est produite par la fermentation de particules alimentaires adhérentes et il est clair que l'acceptation de cette idée a donné naissance au précepte « les dents propres ne se carient pas »; il est clair aussi que la croyance à ce précepte est le principal motif de l'argument en faveur de la propagande d'hygiène buccale si active depuis quelque temps qu'il est presque téméraire de ma part de mettre en doute l'exactitude de cette doctrine. Néanmoins j'essaye la chose plein d'espoir, parce que c'est un mouvement qui s'est étendu en raison de ce qu'il est basé sur une doctrine qui a un grand fond de vérité et qui subsistera éternellement quand elle sera débarrassée de son fond d'erreur.

Les recherches de Miller n'expliquent pas tous les phénomènes de la carie, cela résulte de ses écrits, car pendant les dernières années de sa vie son attention se concentra sur le problème de la susceptibilité et de l'immunité à la carie, et il orienta ses études en vue d'harmoniser ses découvertes sur l'étiologie de la carie avec certaines parties obscures du problème qui ne pouvaient s'expliquer avec les conclusions qu'il avait déjà formulées. En un mot les recherches de Miller n'ont pas expliqué les phénomènes généralement admis de la variabilité dans la susceptibilité à la carie.

Les praticiens reconnaissent généralement que la jeunesse est la période de plus grande susceptibilité à la carie et que, en supposant une santé normale, la tendance à la carie dentaire diminue nettement, si une période d'immunité n'intervient pas, quand on est parvenu à l'âge adulte. La grossesse, on le sait aussi, tend à rendre susceptible à la carie. L'observation clinique montre également que la carie n'est pas nécessairement une maladie de malpropreté : les dents tenues aussi propres que cela est possible se carient, tandis que d'autres qui n'ont jamais vu la brosse à dents ne se carient pas, quoiqu'elles puissent présenter d'autres manifestations pathologiques. Notre théorie de l'étiologie de la carie doit donc expliquer ces singularités, sans quoi nous ne serons pas arrivés à la vérité sur la carie.

Miller a reconnu que d'autres facteurs doivent entrer en

ligne de compte; on en trouve la preuve dans un de ses articles publiés en 1900, où il dit:

« Dans mon livre *Micro-organismes de la bouche humaine* mon exposé de la marche de la carie commence par la cuticule de l'émail. J'ai appelé l'attention sur ce fait que celle-ci, au début de la carie, forme une matrice pour une infinité de bactéries et que l'épaississement de la cuticule est dû à la prolifération des bactéries dans cette matrice. Dans les dernières phases de la carie, c'est-à-dire de la cuticule de l'émail, on voit seulement une masse de bactéries (cousus, bâtonnets, fils), maintenue réunie par le reste de la membrane. Celle-ci, dans cet état, présente une matrice pour bactéries, ainsi que pour toutes les petites particules d'aliments, et accélère ainsi la carie. Cette prolifération des bactéries dans la cuticule de l'émail peut coïncider avec la pellicule de Williams, quoique ces pellicules ne se limitent pas à la surface de l'émail. Williams Black et autres pensent que cette pellicule est nécessaire à l'origine de la carie, ce dont je ne suis pas tout à fait convaincu encore, car mes observations me portent à penser que partout où les aliments trouvent à se loger d'une façon permanente entre les dents pour subir une fermentation acide, une décalcification se produit nécessairement avec le temps, qu'il y ait une cuticule ou non. »

Cette citation inspire les considérations suivantes :

La fermentation de particules alimentaires comme cause du début de la carie de l'émail est la pensée dominante de Miller, et cependant il n'explique nullement son affirmation que la cuticule de l'émail est désagrégée d'abord par l'action des bactéries et que dans ce magma désagrégé des particules alimentaires carbohydratées se logent et accélèrent le processus. Qu'est-ce qui a provoqué cette marche ? Comment la cuticule se désagrège-t-elle sous l'action de bactéries avant qu'elle soit réduite à un état dans lequel les débris alimentaires carbohydratés peuvent trouver à se loger dans la masse ? Croyant que la fermentation de ces débris était le facteur initial de la carie, il était naturellement porté à croire que l'absence de ces débris entraînait l'absence de carie. Il avait déjà montré — et d'autres l'ont confirmé — que les bactéries produisant de l'acide lactique habitent constamment la bouche des individus susceptibles à la

carie ou immunisés, et pour expliquer ce fait il était porté à considérer le mode de nutrition de l'individu comme influençant la susceptibilité et l'immunité à la carie, car il dit :

« Il y a plusieurs années j'ai appelé l'attention sur le fait que la marche de la fermentation dépend souvent plus du substratum que des micro-organismes. Les bactéries qui se développent sur le blanc d'œuf, en dégageant une odeur très forte et une forte réaction alcaline, une fois portées dans les carbohydrates, présentent des phénomènes entièrement différents, c'est-à-dire une réaction acide et l'absence totale de mauvaise odeur. »

C'est sur cette opinion qu'il a basé son explication de l'immunité comparative des races carnivores, Esquimaux, etc., et du fait que la carie ne se produit pas dans les canaux des dents contenant des pulpes putrides. Il a expliqué de même le fait que les gens malpropres peuvent avoir des bouches très sales et cependant peu de carie, quand ils vivent principalement de viande et quand, par suite de l'accumulation du tartre, etc., les gencives sont irritées et que leurs sécrétions et leurs exsudats étant albumineux subissent une fermentation alcaline.

Divers auteurs ont cherché à expliquer la variation de susceptibilité à la carie par la différence de structure ou de densité des dents, notamment Carl Röse. Les découvertes et les recherches de Miller nous permettent d'admettre que ces différences de structure ou de densité sont sans influence sur la production de la carie mais peuvent seulement en modifier la marche. Il est donc absolument exact que les dents les plus dures se carieront dans un *milieu* favorable à la carie et que les plus fragiles ne se carieront pas dans un *milieu* défavorable.

On admet que le régime alimentaire est un important facteur pour déterminer la susceptibilité et l'immunité, quoiqu'il y ait beaucoup d'individus et de races dont le régime est presque entièrement carbohydraté et qui ne sont pas plus atteints de la carie que ceux qui ont un régime mixte. Les recherches sur le régime alimentaire n'ont pas encore

fait connaître le facteur principal permettant d'expliquer d'une façon satisfaisante la susceptibilité ou l'immunité. Comment dès lors, le régime alimentaire peut-il modifier la susceptibilité.

Dans des communications antérieures j'ai appelé l'attention sur l'existence probable d'une substance carbohydratée fermentescible dans la salive, résultat d'un métabolisme carbohydraté provenant du sang par le moyen des glandes salivaires. Mon attention fut attirée pour la première fois sur cette question par des études sur la salive que je fis au laboratoire avec Joseph Porter Michaels à Paris en 1907. Une des expériences faites par Michaels en examinant les échantillons de salive qui lui avaient été remis était celle du glycogène et je trouve dans mes notes, prises alors, que le glycogène, suivant Michaels, avait été découvert dans la salive par Salomon et que d'autres carbohydrates, par exemple la glucose, avaient été découverts par Lécorché, Pavy, Lehmann, Jordeo, Nassé, Koch, Gorup, Besanez et que Arthus avait constaté dans la salive la présence d'érytrhodextrine, d'achroeudextrine et de maltose. Michaels dit :

« J'ai établi la présence du sucre dans la salive des diabétiques. La glucose prend une coloration rouge avec le réactif Nessler qui devient bleu gris..... La différence d'opinion touchant le passage du sucre dans la salive et la sueur s'explique ainsi : le sucre passe difficilement dans la salive et ne s'y montre pas en quantités appréciables, excepté chez les diabétiques prononcés. La salive contient de grandes quantités de bactéries et, si certaines précautions ne sont pas prises, le sucre contenu disparaît par fermentation. Les substances albumineuses peuvent entraver la fermentation. Suivant Claude Bernard, le sucre de canne injecté dans le sang ne passe pas dans la salive pathologique. La salive des diabétiques est rendue acide par la présence de l'acide lactique. »

La présence d'un carbohydrate fermentescible dans la composition de la salive est un fait qui, malgré l'affirmation des auteurs cités, a besoin d'être étudié quant à la qualité et à la quantité, en raison de son importance sur l'étiologie de la carie. J'ai établi que la salive, en particulier des

individus enclins à la carie, contient une substance carbohydratée capable de réduire la liqueur de Fehling et capable de fermentation. Le rôle que ce fait peut avoir dans la susceptibilité à la carie est encore indéterminé.

Dès le début de mes recherches sur cette question en 1900 j'ai toujours douté de l'existence du glycogène dans la salive ou du moins douté que le glycogène put être le carbohydrate métabolique dissous dans la salive qu'ont signalé les moyens employés par Michaels pour déceler sa présence. Les propriétés physiques et chimiques du glycogène sont de nature à exclure sa présence de la salive par une dialyse dans les canaux glandulaires et, que je sache, personne n'a jamais découvert qu'aucune des glandes salivaires possède une fonction glycogénique indépendante. L'action de ce carbohydrate dissous, s'il existe, ressemble plus à celle de la glucose qu'à celle du glycogène, et des recherches ultérieures, auxquelles je me suis livré, semblent nettement indiquer que ce carbohydrate métabolique dans la salive est du sucre et non du glycogène.

(A suivre)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉGLEMENTATION DU COMMERCE DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

Nos lecteurs se souviennent que le Procureur de la République a rappelé les termes d'une ordonnance de 1846 *réglementant la prescription et la vente des substances vénéneuses. Les chirurgiens-dentistes ne se trouvant pas compris au nombre des personnes énumérées par la circulaire comme aptes à prescrire ces substances, une réclamation, que nous avons publiée, lui fut adressée à cet effet par l'Ecole dentaire de Paris, l'A. G. S. D. F. et la Société d'Odontologie de Paris le* 8 *février* 1913. *Cette réclamation obtint gain de cause et, peu de temps après, nous avons publié également la réponse du procureur de la République (n° du* 15 *mars* 1913*).*

Ultérieurement l'Académie de médecine a été appelée à donner son avis sur un projet de décret de réglementation du commerce des substances vénéneuses. Ayant appris que les chirurgiens-dentistes n'étaient pas compris parmi les personnes ayant qualité pour prescrire les dites substances dans le rapport de M. Lucet, la Fédération dentaire nationale a aussitôt adressé aux membres de la docte assemblée la pétition ci-après.

Ainsi donc, grâce à l'action énergique et vigilante de la F.D.N., le droit des chirurgiens-dentistes à la prescription des substances vénéneuses nécessaires à leur pratique a été reconnu par l'Académie de médecine, comme il l'avait été, grâce à son intervention également, par l'autorité judiciaire.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.

Paris, le 29 juillet 1913.

Monsieur le Professeur,

Au moment où l'Académie de médecine va s'occuper de la question des substances toxiques, la Fédération dentaire nationale croit de son devoir d'appeler votre bienveillante attention sur la nécessité de sauvegarder les droits que les chirurgiens-dentistes tiennent de la loi du 30 novembre 1892 en matière de prescription, d'achat et d'emploi de substances vénéneuses. Ces droits, quoique nettement établis, ne sont pas toujours respectés et il est même arrivé tout récemment qu'ils ont été méconnus par l'autorité qui doit le mieux les connaître, puisqu'elle est chargée de veiller à leur exercice, c'est-à-dire l'autorité judiciaire.

C'est ainsi qu'une circulaire de janvier dernier du Procureur de la République près le Tribunal de première instance de la Seine rappelait aux commissaires de police qu'aux termes de l'ordonnance du 29 octobre 1846 (art. 5) la vente au public des substances vénéneuses ne peut être faite que par les pharmaciens pour des usages médicaux et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté.

Cette ordonnance ne comprend pas les dentistes dans l'énumération des personnes pouvant prescrire l'emploi de substances vénéneuses.

Or, parmi ces substances se trouvent les agents anesthésiques les plus communément appliqués pour le pansement ou l'extraction des dents, notamment la cocaïne et ses dérivés, d'un emploi si fréquent en chirurgie dentaire.

Il résultait donc de la circulaire précitée que non seulement les chirurgiens-dentistes ne pouvaient plus prescrire à leurs malades des agents anesthésiques, mais qu'ils ne pouvaient même plus s'en procurer pour l'usage de leur art qu'en demandant le secours d'un médecin, d'un chirurgien, d'un officier de santé on d'un vétérinaire breveté. Ce concours pouvait même logiquement leur faire défaut, la prescription de ces substances par les médecins et personnes assimilées ne devant, dans l'esprit de la loi, être faite que pour des cas individuels et déterminés.

Cette réglementation rigoureuse se comprenait à une époque où l'exercice de l'art dentaire était libre. Elle aboutissait pratiquement à rendre la présence du médecin nécessaire chaque fois que le dentiste faisait usage d'un anesthésique. Elle est aujourd'hui en opposition directe avec la loi du 30 novembre 1892, qui a réglementé la profession et autorisé la pratique de l'anesthésie par les chirurgiens-dentistes. Sur l'initiative de la Société d'Odontologie de Paris et après avis conforme de son conseil judiciaire, une réclamation fut donc adressée le 3 février 1913 par diverses sociétés dentaires, d'accord avec la Fédération dentaire nationale, au Procureur de la République auteur de la circulaire susmentionnée, que vous trouverez ci-jointe.

La requête se termine, comme vous le verrez, en demandant au Procureur de la République de compléter ses instructions, ajoutant qu'il serait d'ailleurs utile de spécificr que le droit d'acquérir des substances vénéneuses et de les prescrire n'appartient qu'aux chirurgiens-dentistes et que l'ordonnance conserve son application aux dentistes qui n'exercent qu'à la faveur de la mesure transitoire de l'art. 32.

La réclamation formulée dans cette requête parut légitime au Procureur de la République qui répondit, le 24 février 1913, aux

sociétés pétitionnaires : « Malgré les termes de l'ordonnance du » 29 octobre 1846 (art. 5), qui ne fait pas mention des dentistes » parmi les praticiens auxquels les pharmaciens peuvent délivrer » des substances vénéneuses, j'estime, comme vous, en me basant sur les articles 2 et 32 de la loi du 30 novembre 1892 » réglementant l'exercice de l'art dentaire, que les chirurgiens-dentistes munis du diplôme de docteur en médecine ou de » celui de chirurgien-dentiste doivent être assimilés aux médecins, chirurgiens, officier de santé en ce qui touche la délivrance » des anesthésiques indispensables à l'exercice de leur profession.

» *J'ai donné les instructions nécessaires aux magistrats de mon » parquet afin que le droit d'acquérir des substances vénéneuses et » de les prescrire ne soit pas contesté aux chirurgiens-dentistes à » l'exception des dentistes qui n'exercent qu'à la faveur de la mesure transitoire de l'art.* 32 *de la loi du* 30 *novembre* 1892. »

La Fédération dentaire nationale se plaît à espérer que, dans la discussion à laquelle va se livrer l'Académie de médecine et dans l'avis consultatif qu'elle émettra en la terminant, il sera tenu compte des droits et par cela même des intérêts légitimes des chirurgiens-dentistes, ainsi que de l'intérêt général du public qui vient demander des soins à ces praticiens.

Veuillez agréer, etc.

Le président, A. BLATTER. *Le secrétaire général,* HENRI VILLAIN.

L'Académie de médecine a inscrit à son ordre du jour cette question, qui a été abordée dans la séance du 28 *octobre dernier.*

Tout d'abord l'assemblée a été saisie d'un rapport, dont nous reproduisons ci-dessous la partie intéressant notre profession. La discussion a été ouverte sur ce rapport et a pris plusieurs séances. Finalement, le 25 *novembre, elle a abouti aux conclusions que nous publions également ci-après.*

Séance du 28 *octobre* 1913.

III. — DEUXIÈME RAPPORT SUR UN PROJET DE DÉCRET PORTANT MODIFICATION DE L'ORDONNANCE DE 1846, AU NOM DE LA COMMISSION DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES.

Par M. AD. LUCET, rapporteur.

Le 22 juillet dernier, en raison du peu de temps qui restait à courir avant les vacances et de l'importance des décisions à prendre, vous avez renvoyé à la reprise de vos travaux la discussion du rapport que huit jours plus tôt et au nom de votre Commission des substances vénéneuses — composée de MM. Pouchet, Ribemont-Dessaignes, Troisier et moi-même — je vous avais présenté

sur le projet de décret soumis à votre examen par le Ministre de l'Intérieur et portant modification de l'ordonnance de 1846.

Or, divers documents relatifs à la question vous étant depuis parvenus, votre Commission, à laquelle furent récemment adjoints MM. Bourchardat, Bourquelot et Grimbert, a décidé, après en avoir pris connaissance, de vous soumettre de nouvelles conclusions et une fois encore m'a chargé de la délicate mission de vous les communiquer. Ce second rapport envisage successivement.

A. — *La réglementation projetée de la vente de l'opium, de la cocaïne et du haschich ;*

B. — *Ce qui a trait aux obligations auxquelles doit être soumis le commerce des substances énumérées aux tableaux* A *et* B ;

C. — *Les mesures que nécessite l'emploi des arsenicaux en agriculture.*

A. — En ce qui concerne l'opium, la cocaïne et le haschich, votre Commission reste d'avis que rien n'est à changer dans le projet qui vous a été transmis. Elle estime que, si elles sont sérieusement appliquées, les mesures prévues suffiront à entraver le commerce clandestin de ces toxiques. Toutefois, sachant que les fraudeurs ne désarment jamais, elle insiste sur la nécessité d'une sévère répression des délits qui seraient constatés et vous demande de voter la proposition suivante :

L'Académie de médecine,

Approuvant, dans le projet de décret relatif à la réglementation du commerce des substances vénéneuses soumis à son examen, les prescriptions qui concernent la vente de l'opium, de la cocaïne, de leurs sels ou de leurs dérivés, du haschich ou de ses préparations.

Emet le vœu :

1° *Que ces prescriptions soient rendues officielles et mises en application dans le plus bref délai possible* ; 2° *que toute infraction en soit rigoureusement poursuivie.*

B. — Les obligations imposées au commerce des autres substances vénéneuses ou dangereuses inscrites aux tableaux A et B — réserve faite de ce qui a trait aux arsenicaux destinés à l'agriculture — nécessitent diverses retouches.

L'art. 3 dit que les vases renfermant les poisons devront être munis de deux étiquettes : l'une indiquera le nom de la substance ; l'autre, qui sera *rouge orange*, portera en gros caractères le mot : « POISON ».

Or, conformément aux décisions de la Commission du Codex de 1908 et ainsi que l'a fait observer M. Bourquelot, il semble préférable que sur ces vases soient collées :

1° *Une étiquette rouge orange portant le nom du médicament en caractères noirs* ;

2° *Une bande de même couleur, faisant le tour des vases et portant,*

en noir également, mais en gros caractères, la mention « POISON ».

« C'est que, avec la rédaction du projet, si l'étiquette « POISON » vient à disparaître, il ne restera plus que l'étiquette ordinaire et le danger de confusion réapparaîtra tout entier. La précaution aura été inutile.

« Si, au contraire, les deux étiquettes sont de couleur orange, celle qui restera suffira, par sa couleur, pour attirer l'attention. » (Bourquelot.)

La même observation s'applique à l'art. 29 relatif aux substances du tableau B et *pour lesquelles les étiquettes seraient toutes deux vertes.*

L'art. 3 oblige encore ceux qui font le commerce des substances vénéneuses à les isoler et à les placer en dehors du voisinage des produits destinés à l'alimentation de l'homme et des animaux.

Evidemment, ce voisinage est dangereux et il faut l'interdire ; mais, en réalité, il est moins à redouter que celui des produits peu toxiques du tableau B dont il est question *à l'article* 14 et seulement en ce qui concerne les pharmaciens. Comme « c'est à ce dernier que sont dues les neuf dixièmes des confusions qui ont amené de graves empoisonnements » (Bourquelot), il y a lieu de demander que l'*interdiction faite aux pharmaciens à* l'*article* 14, de placer dans les locaux et armoires visés à l'*article* 3 aucune autre substance que celles du tableau A, *soit étendue aux médecins et aux vétérinaires.*

En raison de ce qui, déjà, a été exposé dans le précédent rapport quant à la nécessité où sont les vétérinaires d'exercer la pharmacie spéciale à leur profession, dont le caractère est avant tout économique, il serait beaucoup plus simple, à l'*article* 13, de *supprimer le dernier paragraphe* et de dire *au premier* : *Nul ne peut vendre, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire, les substances vénéneuses comprises dans le tableau A, s'il n'est muni du diplôme de pharmacien, médecin autorisé par les lois en vigueur à fournir exceptionnellement des médicaments à ses malades, ou vétérinaire.*

Ce texte éviterait, à l'avenir, toute contestation relative à un droit que les statuts fondamentaux des Ecoles vétérinaires ont nettement établi en faveur de leurs diplômés, *dont il n'est jamais résulté aucun dommage pour la santé publique,* et qui, s'il était amoindri, entraverait l'exercice de la médecine des animaux, déjà si difficile, au point de le rendre impraticable dans nombre de cas.

L'art. 16 mentionne que les substances du tableau A ne peuvent être délivrées, par les pharmaciens, que sur la prescription d'un médecin, d'un vétérinaire ou de toute autre personne ayant qualité pour les prescrire.

L'Union des Syndicats médicaux voit, dans cet article, une ambiguïté qui « laisserait supposer qu'en dehors des médecins et des

vétérinaires, certaines personnes ont qualité pour prescrire les substances vénéneuses destinées à la médecine humaine ou vétérinaire ».

Votre Commission est du même avis. Estimant, en outre, que les chirurgiens-dentistes sont qualifiés pour prescrire celles de ces substances dont ils ont l'usage journalier, elle demande que le droit de les ordonner leur en soit reconnu et propose la rédaction suivante : « Les substances vénéneuses, etc., *ne peuvent être délivrées par les pharmaciens que sur la prescription d'une personne ayant qualité pour les prescrire* : *médecin, vétérinaire ou chirurgien-dentiste.* »

. . . .

Séance du 25 *novembre* 1913.

DISCUSSION SUR LA RÉGLEMENTATION DU COMMERCE ET DE LA VENTE DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES.

Le président. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le projet de décret portant modification de l'ordonnance de 1846 relative à la vente des substances vénéneuses, d'après le texte proposé par la Commission spéciale, sur le rapport de M. Lucet.

Dans les précédentes séances, les treize premiers articles de ce projet ont été mis en discussion ; les uns ont été adoptés, les autres ont été renvoyés en totalité ou en partie à la Commission. L'Académie va continuer les débats par l'examen de l'article 14.

M. le secrétaire perpétuel. — Auparavant, il y a lieu de rectifier le texte du premier paragraphe de l'article 13, tel qu'il a été inséré au *Bulletin* (p. 440).

Le texte voté à la dernière séance, d'après une modification proposée par M. Roux et acceptée par l'Académie, doit être rétabli ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut vendre, pour l'usage de la médecine, les substances vénéneuses comprises dans le tableau A, s'il n'est muni du diplôme de pharmacien, ou s'il n'est médecin autorisé par les lois en vigueur à fournir exceptionnellement des médicaments à ses malades. »

M. le secrétaire perpétuel donne lecture du premier paragraphe de l'art. 14 :

« Les détenteurs de substances vénéneuses énumérées au tableau A et destinées à la médecine humaine et vétérinaire sont soumis aux conditions prescrites par l'art. 3 du présent décret. »

— Le premier paragraphe de l'article 14, mis aux voix, est adopté.

Le secrétaire perpétuel donne lecture du 2e paragraphe de l'art. 14.

Il est interdit aux pharmaciens de placer dans les locaux et armoires visés audit article 3 aucune autre substance que celles du tableau A.

M. Lucet, rapporteur. — Au nom de votre Commission, je vous propose de supprimer ce paragraphe, parce que l'article 3, déjà voté, prévoit l'interdiction à laquelle il a trait.

— La suppression du deuxième paragraphe de l'article 14, mise aux voix, est décidée.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'article 15 :

« Pour les achats des alcaloïdes de l'opium, de la cocaïne, de leurs sels ou de leurs dérivés, du haschich ou de ses préparations, les pharmaciens doivent se conformer aux prescriptions de l'art. 4 du présent décret. »

— L'article 15, mis aux voix, est adopté.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'article 16 :

« Les substances vénéneuses visées aux articles ci-dessus ne peuvent être délivrées par les pharmaciens que sur la prescription d'un médecin, d'un vétérinaire ou de toute autre personne ayant qualité pour les prescrire. »

M. Lucet, rapporteur. — En vue de rendre cet article plus précis et de supprimer toute ambiguïté dans ses termes, la Commission propose de le remanier en entier et de le rédiger comme il suit :

Les substances vénéneuses du tableau A ne peuvent être délivrées que sur la prescription d'une personne ayant qualité pour les prescrire : médecin, vétérinaire ou chirurgien-dentiste.

Il y a lieu d'y introduire, en outre, une limitation concernant les chirurgiens-dentistes, *qui ne peuvent, en effet, être autorisés à prescrire que les substances de ce tableau dont ils ont couramment l'usage*, limitation que devra prévoir, si ce n'est déjà fait par ailleurs, une disposition spéciale.

M. Bourquelot. — Je vois sur mes notes que la Commission a décidé de proposer à ce sujet l'addition du paragraphe suivant :

« En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, ils ne seront autorisés à prescrire que les substances du tableau A qui seront désignées par un arrêté ultérieur. »

— Les deux paragraphes proposés par la Commission, mis aux voix, sont adoptés.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Le journal Le Matin *du 28 novembre 1913 a publié un article signé Nordmann, intitulé :* Il inventa la marmite sans être cuisinier, *article dans lequel Jackson est représenté comme ayant découvert l'anesthésie.*

La Fédération deniaire nationale a adressé, à ce sujet, au Matin *la lettre rectificative suivante :*

Paris, 2 décembre 1913.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Permettez-moi de vous signaler une légère erreur dans l'article de M. Charles Nordmann intitulé : *Il inventa la marmite sans être cuisinier* qui a paru dans le numéro 10.867 (vendredi 28 novembre 1913) de votre estimable journal.

On lit, en effet, dans cet article : *Jackson, à qui on doit l'anesthésie, était dentiste.*

Or, l'anesthésie a été découverte par Horace Wells, dentiste à Hartford (Connecticut, Etats-Unis d'Amérique), auquel une statue a été élevée square des Etats-Unis à Paris, le 27 mars 1910.

Jackson se livra seulement, postérieurement à la découverte d'Horace Wells, à des recherches sur l'action anesthésique de l'éther avec le Dr Morton, ancien élève de Wells.

Je vous serais très obligé de vouloir bien mentionner cette petite rectification et, en vous remerciant à l'avance, je vous prie d'agréer, etc.

Le secrétaire général,
HENRI VILLAIN.



Le Matin ayant publié dans son numéro du 18 décembre 1913 un article sur l'anesthésie sans citer le nom d'Horace Wells parmi les novateurs de l'anesthésie, une lettre rectificative analogue à la précédente, lui a été également adressée par le secrétaire général de la Fédération dentaire nationale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MANIFESTATION DE SYMPATHIE

La manifestation de sympathie organisée par le Groupe des amis des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'A. G. S. D. F. à l'occasion de la retraite de M. Lucien Lemerle a eu un plein succès : elle a été éclatante, pour ne pas dire grandiose.

Le banquet, qui comptait près de cent couverts, dont une vingtaine de dames, a eu lieu à l'Hôtel Lutetia, boulevard Raspail, le samedi 20 décembre à 8 heures du soir. La table avait la forme d'un rateau dont la monture était occupée par le président du banquet M. Godon, ayant à ses côtés M. L. Lemerle et M. le prof. Grimbert, membre de l'Académie de médecine, les directeurs honoraires et des professeurs honoraires de l'Ecole dentaire de Paris, le président de la F. D. N. et de l'Association générale syndicale des dentistes de France, le président de la Société d'Odontologie, le rédacteur en chef de *L'Odontologie*, les délégués de l'Ecole odontotechnique, du Cercle odontologique et de l'*American Dental Club of Paris*.

Après un repas irréprochable, au dessert, *M. H. Villain*, secrétaire du Groupe des amis et organisateur du banquet, donne lecture de nombreuses lettres d'excuses et de sympathie de confrères français et étrangers qui, ayant participé ou non à la souscription, veulent s'associer à l'hommage rendu à M. L. Lemerle. Citons notamment les lettres de MM. Quintin, directeur de l'Ecole dentaire de Bruxelles, et Rosenthal, président de la Fédération dentaire nationale belge.

Puis il donne lecture d'une note sur le but et le rôle du Groupe des amis qui a tenu à honorer spécialement un des siens qui a donné 30 ans de sa vie à des œuvres professionnelles. En outre du banquet, la souscription a permis d'offrir à M. Lemerle un cadeau, qui, selon son désir même, était une automobile, gage de reconnaissance pour ses longs et dévoués services, et un souvenir consistant en une plaquette de bronze.

M. Godon expose à grands traits le beau passé de M. L. Lemerle de 1883 à 1913, période pendant laquelle celui-ci s'est consacré corps et âme aux sociétés, institutions et organisations odontologiques. Il évoque des souvenirs personnels et, très ému, donne l'accolade et remet la plaquette à M. Lemerle, qui partage son émotion.

M. Blatter prend la parole d'abord au nom de l'A. G. S. D. F. dont M. Lemerle a été vice-président en 1892-1893 et président en 1893-1894, c'est-à-dire à l'époque de la réglementation, période particulièrement active, puis au nom de la F. D. N., en rappelant le rôle joué par le héros de la fête.

M. Roy parle, au nom du Comité de rédaction de *L'Odontologie,* dont M. L. Lemerle fait partie depuis 17 ans, ainsi que comme Directeur de l'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris, où M. Lemerle a été le plus assidu des professeurs et a fait bénéficier ses élèves de son habileté de praticien compétent et éclairé, enfin comme président de la Société coopérative des dentistes de France, dont M. Lemerle a été un des fondateurs.

M. Hirschfeld, président de l'*American Dental Club of Paris,* rend hommage à l'enseignement et à la conscience de M. Lemerle qui, par son mérite, a contribué à relever le prestige de dentiste français.

M. Rodolphe, délégué de l'Association de l'Ecole odontotechnique, exprime la sympathie qu'inspire la longue et digne carrière de M. Lemerle et forme des vœux pour qu'une longue et heureuse retraite couronne cette carrière si féconde et si laborieuse.

M. Jenkins, au nom de la profession américaine, félicite M. Lemerle qui, pendant les longues années de son enseignement, a fait profiter de son savoir de nombreux étudiants étrangers qui ont en même temps subi l'influence de sa personnalité. Il croit avantageux pour la profession un échange de professeurs de dentisterie entre la France et l'Amérique.

M. Godon remercie M. Jenkins de s'être associé à la fête et de cette proposition d'échange.

M. Jeay, président de la Société d'Odontologie de Paris, rappelle le rôle de M. Lemerle dans cette réunion scientifique qu'il a présidée en 1899-1900, ses travaux scientifiques, ses écrits, sa participation aux congrès et aux expositions.

M. Levett, au nom de ses collègues du corps enseignant, assure M. Lemerle de l'estime de tous et rend hommage à son mérite.

M. Tzanck, au nom du Cercle odontologique de France, dont les membres ont été pour la plupart élèves de M. Lemerle, apporte à ce dernier le tribut d'admiration, de reconnaissance et d'affection de ceux-ci.

M. Ferrand, au nom des Auvergnats, rend hommage d'une manière humoristique aux qualités caractéristiques de la race auvergnate à laquelle M. Lemerle appartient : l'amour du travail, la ténacité et la modestie.

M. L. Lemerle adresse des remercîments à tous pour les honneurs et les éloges dont il se considère comme comblé au delà de son mé-



À
LUCIEN LEMERLE
PRÉSIDENT D'HONNEUR
DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES
DE PARIS
ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES
DE FRANCE

SES COLLÈGUES, SES AMIS, SES ÉLÈVES

20 DÉCEMBRE 1913

Reproduction des deux faces de la plaquette offerte à M. L. Lemerle



Automobile 12 HP « Léon Peugeot » offerte à M. L. Lemerle.



M. Lucien LEMERLE

rite, exprime ses regrets de se séparer de ses collègues, rappelle le souvenir des disparus, évoque les noms de quelques collaborateurs et en profite pour citer comme exemple M. Godon dont il engage à imiter l'activité, — ce qui provoque une véritable ovation à M. Godon — et termine en préconisant l'union odontologique.

M. Godon remercie M. Lemerle de ses paroles et M. Henri Villain de ses efforts pour la réussite de la souscription et de la fête. Il porte un toast aux dames et notamment à Mme Lemerle, empêchée par l'état d'une de ses filles d'être présente.

M. G. Villain remercie, au nom des anciens élèves, M. Lemerle de son excellent enseignement.

Ces paroles terminent la série des toasts.

Que dire d'une manifestation semblable ? Elle se résume en quelques mots : remercîments, gratitude, reconnaissance envers un homme qui s'est prodigué trente ans à des œuvres d'enseignement, de solidarité, de mutualité, de philanthropie ; regrets de se séparer d'un confrère et d'un collègue actif, modeste, serviable, compétent et avisé ; sympathie profonde pour sa personne et son caractère. Si les paroles prononcées différaient quant à la forme, elles étaient les mêmes quant au fond : honneur à un homme tel que Lucien Lemerle, qui emporte dans sa retraite le souvenir ému de tous ceux qui l'ont connu !



Au moment de mettre sous presse M. Henri Villain nous fait parvenir la lettre ci-après qu'il vient de recevoir de M. L. Lemerle et qu'il nous prie de reproduire :

Mon cher ami,

Je viens encore une fois vous prier d'être mon interprète auprès de mes collègues, confrères et amis pour leur exprimer toute ma gratitude pour la magnifique fête qu'ils m'ont offerte le 20 décembre.

J'ai été comblé d'honneurs et d'éloges ; mais je ne veux retenir que la grande marque d'estime et de sympathie que tous m'ont montrée en cette circonstance. J'en ai été très touché et j'en emporterai le souvenir le plus durable. J'adresse à tous mes vœux sincères de bonheur.

Avec mes remercîments, croyez, mon cher ami, à toute mon amitié.

L. Lemerle.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

(F. D. N.)

(*Suite et fin.*)

Par P. MONNIN,
Vice-président de l'A. G. S. D. F.

La Fédération dentaire nationale est l'Association de tous les groupements dentaires français, y compris les écoles dentaires, en un *seul groupement collectif.*

Le Fédéralisme est un système politique dans lequel plusieurs groupements se réunissent en confédération tout en conservant chacun une autonomie relative. Exemple : le Fédéralisme helvétique.

La F. D. N. ne saurait fonctionner avec précision sans avoir un chef unique responsable, qui porte dans la conduite des affaires une attention, une initiative, une cohérence, un tact que ne peut avoir une commission ; les sottises ou les défaillances collectives n'engageant personne, le commandement n'est efficace que dans une seule main.

Le président de la F. D. N. devrait être l'incarnation même de la volonté odontologique.

Ce maître choisit ses subalternes, en s'imposant comme devoir d'écouter attentivement les observations, les propositions des présidents des divers groupements professionnels.

Tout au rebours est l'idée syndicale ; aux yeux des syndiqués, pour supprimer le despotisme on doit supprimer le gouvernement. Dans la hiérarchie qu'ils établissent les subordonnés sont indépendants de leur supérieur ; celui-ci ne garde sur eux qu'un droit de conseil ou de remontrance. Aucun pouvoir local délégué par le pouvoir central, celui-ci ressemble à un homme sans mains ni bras dans un fauteuil doré.

Les muscles du pouvoir central sont tranchés désormais, chaque groupement syndical est un petit Etat qui vit à part.

SON BUT ?

Le but de la F. D. N. est le suivant :

1° Donner aux chirurgiens-dentistes français une indication pour l'avenir et leur faire comprendre la nécessité d'une concentration générale des forces odontologiques pour lutter contre le péril stomatologique ;

2° Organiser et diriger tous les groupements dentaires fédérés, bien les inspirer pour l'avenir de cet antique proverbe l'*Union fait*

la force ; faire pénétrer chez nos confrères l'esprit de solidarité et d'abnégation et de devoir envers soi-même en prenant pour devise : « Fais aux autres ce que tu voudrais qu'on te fasse à toimême » ; faire comprendre que l'association relie les individus isolés et multiplie les forces en les réunissant. Les hommes, ainsi réunis, ont des moyens d'action qui leur manqueraient s'ils agissaient isolément. Ils ne doivent pas oublier que la solidarité n'accorde ses sympathies qu'à ceux qui la servent : elle soutient une idée, non des individus ;

3° S'occuper de la direction des études dentaires ; proposer, au besoin, les réformes nécessaires et transmettre les desiderata du corps professionnel aux pouvoirs publics.

Quel doit être le procédé éducatif, le secret pédagogique susceptible de transformer en cinq années un jeune homme de 16 ans, même un peu fruste, en un chirurgien-dentiste instruit, laborieux, confiant dans son étoile et bien préparé à la lutte pour le travail ?

C'est l'ouvrier devenu ingénieur, qui reste ingénieur ouvrier, c'est la science au service de l'habileté manuelle, la dextérité immédiatement guidée par le cerveau.

Le corps professionnel a pour mission de créer une opinion publique qui lui fait défaut, et l'un des moyens les plus puissants pour y parvenir c'est la formation de la F. D. N. ralliant tous les groupements professionnels et soutenant une école dentaire, *libre ou officielle*. Former une école dentaire libre dans un but de lucre et d'intérêt personnel, faire de cette école une citadelle de l'obscurantisme, c'est ouvrir à nouveau le conflit du Syllabus et de la Révolution. Pour notre grand malheur nous avons trop d'écoles de ce genre en France.

L'Ecole dentaire prendra le futur dentiste pour l'assujettir pendant 5 années de travail manuel et aux études scientifiques, le reposant de *ceci* par *cela* et inversement.

La science odontologique réelle n'est pas une éducation livresque, une éducation qui accumule machinalement des faits, sans aspirer à les déduire les uns des autres.

Le véritable esprit positif consiste à *voir* pour *prévoir*, étudier ce qui est, afin d'en conclure ce qui sera. On ne deviendra maître en art dentaire que par l'étude appliquée sur l'œuvre et non par la complication des textes.

Tous les odontologistes doivent être les *ingénieurs ouvriers* de l'idéal appris à l'école dentaire.

Nous défions la Faculté de médecine de prouver par son enseignement la *révélation des sciences fondamentales de l'Odontologie*. Les idées stomatologistes ne sont qu'une forme d'aveuglement et leur fécondité n'aboutira qu'à leur plus désolante stérilité.

En repoussant les idées stomatologistes nous avons la prétention de servir *la pure odontologie.*

Ecoles dentaires libres.

Si le Gouvernement de la République a accepté le principe de l'enseignement libre, c'est qu'il a pensé que cet enseignement serait de bonne foi, que l'esprit public peut et doit gagner à la variété des disciplines intellectuelles ; c'est enfin que l'enseignement libre permet de curieuses et intéressantes expériences pédagogiques et que de nouvelles méthodes, lorsqu'elles ont été éprouvées ici, peuvent enfin être adoptées là.

Pratiquer l'enseignement libre avec bonne foi, c'est donner raison à ceux qui pensent qu'on peut écarter le monopole universitaire.

Le 7 février 1911, M. Guist'hau, ministre de l'Instruction publique, disait devant la Commission de l'enseignement de la Chambre des députés que le Gouvernement rejetait toute idée de monopole universitaire, mais qu'il était convaincu de la *nécessité urgente d'organiser un contrôle sérieux de l'enseignement privé.*

L'enseignement de l'art dentaire doit-il être libre ou officiel ?

Nous sommes partisan d'un enseignement officiel et d'un enseignement libre. Qu'il s'agisse de l'enseignement primaire, de l'enseignement secondaire, ou de l'enseignement supérieur, nous sommes l'adversaire résolu du monopole qui supprime la concurrence d'où naît l'émulation qui est la négation complète de tout progrès.

A notre avis, les professeurs de l'enseignement représentant l'art dentaire en France, les examinateurs des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste doivent se recruter parmi les professeurs de l'enseignement libre ou *parmi les praticiens qui, n'ayant jamais enseigné, se seraient signalés comme les professeurs de l'enseignement libre par leurs recherches, leurs découvertes, leurs publications.*

A ces savants, à ces travailleurs, nous ne réclamons, ainsi qu'aux professeurs de l'enseignement libre, soucieux de faire partie de l'enseignement officiel ou du jury d'examen des candidats au grade de chirurgien-dentiste, *qu'un certificat d'aptitude pédagogique* appelé *certificat d'aptitude à l'enseignement de l'art dentaire.* Le jury d'examens de ce certificat devrait être nommé par le Ministre de l'I. P. le plus tôt possible, sur la proposition du Bureau de la F.D.N.

Etant donné que l'E. D. P. est, d'avis unanime, une école incomparable en France pour l'enseignement odontologique, il con-

viendrait d'assurer pareil enseignement dans les autres écoles dentaires françaises.

Il nous semble qu'en plus d'un enseignement dentaire libre professionnel, il serait utile de créer, comme dans d'autres pays, surtout en Angleterre et en Amérique, un enseignement de l'art dentaire officiel, non fermé, dont les professeurs, soit de l'école libre, soit de l'école officielle, s'adonneraient à des recherches de laboratoire pour le plus grand bien de l'art dentaire et, à fortiori, de l'humanité.

. . . .

L'enseignement de l'art dentaire libre, le droit pour chaque chirurgien-dentiste pourvu d'un diplôme de la Faculté de médecine de devenir chef d'école, de former des élèves, de leur transmettre ses méthodes, son moyen d'action, son flambeau en un mot, va changer notre cheval poussif contre un boiteux.

Qui sera alors juge des procédés, des méthodes, des théories ? Le coup des écoles et des professeurs n'est-ce pas ????. Qui fera passer les examens ?... Toujours les mêmes ?...

Soyons logiques, donnons toute autorité aux écoles dentaires libres pour accepter leurs élèves chez elles, laissons les repousser *telle méthode exposée par des confrères ne reconnaissant aucun enseignement officiel.* Tôt ou tard nous arriverons à réclamer un enseignement officiel pour supprimer une *hérésie odontologique.*

Un jury d'examen des candidats au grade de chirurgien-dentiste s'impose aussi bien chez les stomatologistes que chez les odontologistes.

. . . .

L'odontologiste ne fera de conquête sérieuse que s'il appuie ses revendications sur l'accomplissement consciencieux de ses devoirs. Nous avons pour mission de créer une opinion publique qui nous fait défaut et l'un des moyens les plus puissants pour y parvenir c'est la formation de la F. D. N.

La F. D. N. doit écarter de son programme tout ce qui a trait à la politique professionnelle. Son action doit être morale et intellectuelle : la défense des intérêts généraux de la profession, le développement scientifique de l'odontologie, l'entente avec les autres pays par l'intermédiaire de la F. D. I. pour accroître le prestige de l'odontologie, suffisent pour occuper utilement les séances de la F. D. N. et c'est pour ce travail qu'elle fait appel à la collaboration de tous les groupements professionnels ou scientifiques.

La F. D. N. devra diriger le progrès odontologique sans violence dans un milieu sain, dans un milieu stable.

La meilleure œuvre de défense odontologique que l'on puisse réaliser sera celle qui aura pour but de travailler à l'éducation éco-

nomique et sociale de la nation et des futurs dentistes ; ce sera celle qui forgera des dentistes également instruits de leurs devoirs et de leurs droits.

AU CONGRÈS DENTAIRE DE TOULOUSE

Au banquet qui a clos le Congrès dentaire de Toulouse, M. le prof. Cavalié, de Bordeaux, s'est, d'après le Sud-Est dentaire, *exprimé ainsi :*

« M. Cavalié, de Bordeaux, prenant à son tour la parole, expose longuement son opinion sur le mouvement professionnel et fait une profession de foi autonomique. Pour lui le titre de chirurgien-dentiste est un titre qui est devenu intangible. Le nouveau programme d'études médicales (décret de 1909) rend, à son dire, complètement impossibles les études dentaires pour les médecins et il voit dans son application la preuve du maintien du chirurgien-dentiste.

« En ce qui concerne les dentistes militaires, il dit qu'il s'est activement occupé de la question ; qu'il a conduit une délégation d'étudiants chez M. Pathé et qu'il trouve choquant et injuste le refus de la Commission de l'armée et du Parlement de n'avoir pas voulu créer le grade de dentiste auxiliaire. Il dit que les dentistes sont un peu les bâtards de la famille médicale et il veut les voir reconnaître par la création d'un doctorat en chirurgie dentaire. En concluant il lève son verre à l'autonomie de l'art dentaire. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à ces paroles et que féliciter M. le prof. Cavalié de les avoir prononcées.

MONUMENT CLAUDE MARTIN

Nous avons annoncé l'érection et l'inauguration d'un monument à la mémoire de Claude Martin (nos des 30 juin et 15 juillet 1913) au cimetière de Saint-Cyr au Mont-d'Or.

Le Comité de souscription nous a fait parvenir tout récemment la photographie de ce monument, que nous reproduisons bien volontiers.



Monument Claude MARTIN,
Erigé au cimetière de Saint-Cyr au Mont-d'Or.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 18 *janvier* 1914.

Rapport de M. Henri Villain,

Secrétaire général.

Mes chers confrères,

Je vous présente pour la troisième fois le rapport annuel que m'impose ma fonction de secrétaire général, que vous avez bien voulu me conserver. Je tiens à être bref, pour ne pas retenir trop longtemps votre attention, tout en m'efforçant de n'omettre aucun des faits qui ont marqué la vie de notre Association en 1913. Quelques-uns sont inévitablement une redite de ce que vous avez entendu à l'Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, en raison du double aspect que présente légalement notre groupement, à la fois syndicat professionnel au sens de la loi de 1884 et société au sens de la loi de 1901 sur les associations.

J'ajoute que tous les documents annexes sont à la disposition des sociétaires au secrétariat ou sur le bureau de l'assemblée.

Cette année, pour la première fois, conformément au vote que vous avez émis dans l'assemblée générale du 19 janvier 1913, ce rapport, ainsi que celui du trésorier et que celui de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*, a été inséré dans ce journal, par la voie duquel il vous est parvenu, afin d'éviter les frais d'une impression et d'un tirage spéciaux.

I. — Statistique.

Voyons d'abord les mutations qui se sont produites.

Admissions. — En 1913 les admissions ont été au nombre de 43, dont 26 de Paris ou du département de la Seine, 8 de province ou des colonies et 1 de l'étranger.

Démissions. — Les démissions et radiations pour défaut de paiement de la cotisation ont été au nombre de 25.

La mort nous a ravi 7 de nos sociétaires : MM. Declide (Pierre), de Civray ; Loup (Albert), de Paris ; Naftel, de Monaco ; Papa (Raffaele), de Naples ; Philippoteaux (Paul), de Paris ; Pothier (Emile), de Vichy ; Radiguet, de Paris.

Albert Loup a été, vous vous en souvenez, président de l'Association, où il laisse le souvenir ému d'un collègue regretté. Des hon-

neurs justifiés lui ont été rendus lors de ses obsèques, auxquelles l'Association était officiellement représentée ; vous vous joindrez à nous pour lui adresser un suprême adieu, ainsi qu'à tous les autres disparus.

Nous associerons à ces pertes, qui nous ont touchés directement, les deuils qui ont frappé de nombreux sociétaires dans leurs affections.

Membres honoraires. — C'est avec un profond regret que nous avons vu notre excellent collègue M. Lucien Lemerle, toujours si actif et si dévoué, quitter la profession et en même temps les différentes fonctions qu'il remplissait parmi nous avec un zèle inlassable et méritoire depuis la création de nos sociétés. Ancien président de l'Association, il était membre du Conseil d'administration, membre du Conseil de famille et du Comité de rédaction de *L'Odontologie*. Rappeler ici les services rendus par M. Lemerle à notre Groupement et à ses branches serait raconter l'histoire de sa vie. Aussi votre Conseil d'administration lui a-t-il donné à l'unanimité, dans sa réunion du 15 novembre dernier, le titre de président honoraire. Il a, de plus, décidé de s'associer à la manifestation de sympathie organisée en son honneur à l'occasion de sa retraite, manifestation toute récente, présente à votre esprit et qui a eu l'éclat que méritait la personne estimée et respectée de M. Lucien Lemerle.

M. Thuillier, de Rouen, membre du Conseil d'administration depuis dix ans, nous ayant fait part du désir de ne pas voir renouveler son mandat, a été nommé membre honoraire dudit Conseil par décision du 15 novembre; conformément à l'article 2 des statuts, cette décision est soumise pour ratification.

M. Legret, de Boulogne-sur-Seine, un de nos plus anciens membres, a été nommé membre honoraire ; il en a été de même de MM. Baudelot et Delaunay, de Paris.

Un de nos anciens membres, radié en 1909 pour attaques et hostilités systématiques contre l'Association, avait cru devoir déférer cette radiation aux tribunaux comme entachée d'irrégularité. Après une action en première instance, l'affaire est venue en appel et un arrêt du 27 juin 1913 a infirmé le jugement du tribunal, dit que la radiation est régulière et justifiée et condamne l'intéressé aux dépens de première instance et d'appel. Vous avez pu lire cet arrêt dans *L'Odontologie* du 30 octobre dernier. Cette question est donc définitivement tranchée.

En résumé, en janvier 1913, l'Association comptait 1096 membres, dont 172 pupilles (élèves de l'Ecole) ; elle en compte actuellement 1106, dont 171 pupilles, c'est donc une augmentation de 20, portant pour la totalité sur les sociétaires.

II. — Distinctions honorifiques et nominations.

Nous avons eu le plaisir de relever les distinctions honorifiques suivantes, ainsi que cela vous a été, le mois dernier, rappelé dans une autre assemblée générale :

M. Grimbert, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie et membre de l'Académie de médecine, et M. Auguste Marie, professeur à l'Institut Pasteur, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

M. Wisner a également reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. Basset (Louis), de Levallois-Perrret ; Debray, de St-Germain-en-Laye ; Jeay, de Paris : Levêque, de Dijon ; Sorré, Tusseau et Wisner, de Paris.

Officiers d'Académie : MM. Chateau, de Versailles ; Eymard, de Rochefort-sur-Mer ; Ricou, de Paris ; Teisset, de Neuilly-sur-Seine; Henri Villain, de Paris.

MM. Arlet (Jules), de Corbeny ; Claser, de Paris ; Monnin, du Mans, ont reçu la médaille commémorative de la campagne de 1870-1871, à laquelle ils prirent part.

M. Bacque (Edmond), de Limoges, a reçu la médaille d'argent de l'Assistance publique et une médaille d'honneur en vermeil de la Société nationale d'encouragement au bien.

M. R. Morche, de Paris, a reçu de l'Académie de médecine une médaille de bronze pour ses travaux sur l'hygiène de l'enfance.

M. Pillières de Tanouarn a reçu de l'Assistance publique une médaille de bronze pour services rendus à cette Administration.

MM. Blatter, Franchette, Siffre (de Paris), Pont et Vichot (de Lyon) ont été nommés docteurs en chirurgie dentaire de l'Université Laval, de Montréal.

M. Godon a été nommé membre honoraire de la Société des étudiants de l'Ecole dentaire nationale de Bogota (République de Colombie) et membre honoraire de la Fédération dentaire nationale mexicaine.

M. Guebel a été nommé expert près le Tribunal de la Seine.

M. Hélot a été chargé d'un service dentaire à l'hôpital militaire de Bel-Abbès (Algérie).

M. Zimmermann a été nommé administrateur de la Caisse des écoles et délégué cantonal du XIVe arrondissement.

Nous avons félicité tous ces sociétaires lors de ces nominations; mais vous leur renouvellerez certainement ces félicitations.

III. — Activité de l'Association.

1° *Activité extérieure.*

Union fédérale dentaire nationale. — L'Union fédérale dentaire nationale, dont la création a été opérée sur l'initiative de l'Association, à la suite des votes que vous avez émis dans votre dernière assemblée générale, a eu une existence extrêmement active et très remplie par des démarches auprès du Recteur de l'Université au sujet de la durée des études dentaires et de l'examen de validation de stage et auprès du Procureur de la République au sujet de la prescription des anesthésiques et autres substances toxiques. Il a d'ailleurs été rendu compte en détail de ces démarches au fur et à mesure qu'elles ont été faites et dans un rapport d'ensemble qui a paru dans *L'Odontologie* du 15 novembre 1913. Je sortirais de mon rôle en y insistant plus longuement. Je me bornerai à vous rappeler qu'aux assemblées générales du 27 septembre dernier l'Union fédérale a décidé de fusionner avec la Fédération dentaire nationale, qui a accepté la fusion.

Fédération dentaire nationale. — La Fédération dentaire nationale a été également très active : elle a fait de nombreuses démarches, notamment pour obtenir une amélioration de la situation des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire, démarches dont il a été rendu compte au jour le jour dans *L'Odontologie* et qui se continuent encore à l'heure actuelle. Comme pour l'Union fédérale, ce n'est pas ici le lieu de m'étendre davantage à cet égard. Qu'il me suffise de dire que l'Association a participé à ces démarches.

Fédération dentaire internationale. — La Fédération dentaire internationale a tenu à La Haye les 27 et 28 août sa session annuelle. MM. Godon, Francis Jean et Henri Villain y assistaient. *L'Odontologie* vous a donné le compte rendu complet de la session.

Bornons-nous à rappeler, ce qui vous a d'ailleurs déjà été dit, qu'au banquet qui a clos cette session il a été fait remise à M. Godon du diplôme du prix Miller, qui lui avait été attribué l'an dernier. Ce diplôme a un grand cachet artistique et fait honneur au goût de ceux qui l'ont conçu et des artistes qui l'ont exécuté.

Rappelons également que l'attribution de ce prix avait été fêtée lors du déjeuner amical qui a eu lieu le dimanche 23 février 1913 à l'Hôtel Continental à l'occasion de la réunion de la F. D. N. et que cette belle manifestation a eu un grand succès.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association a participé, comme elle le fait chaque année, dans la section d'odontologie, au Congrès organisé par l'Association française pour l'avancement des sciences à Tunis. Le compte rendu fait an-

térieurement et publié dans *L'Odontologie* vous a mis au courant des travaux de cette réunion scientifique, présidée par M. Barden.

Le Congrès de 1914 aura lieu au Havre et celui de 1915 à Montpellier. Le Conseil d'administration de l'A. F. A. S., qui a tenu séance récemment, a, en arrêtant ces choix, exprimé le désir que les réunions annuelles de la section d'odontologie revêtent, comme celles des autres sections, le caractère d'un véritable Congrès annuel.

Il dépend de nous, mes chers confrères, que le vœu du Conseil d'administration soit exaucé et je ne puis, pour ma part, que vous inviter à vous préparer dès à présent à ces réunions.

Congrès de Londres. — Je manquerais à mon devoir si je ne vous rappelais que le 6e Congrès dentaire international se tiendra à Londres du 3 au 8 août 1914 et si je ne vous adressais un appel pour que l'Association soit largement représentée à ce Congrès, qui continue la série des grandes assises internationales inaugurées à Paris en 1889.

Congrès de San-Francisco. — Laissez-moi vous rappeler de même le Congrès du Panama-Pacifique qui se réunira à San-Francisco le dernier lundi d'août 1915 et qui durera dix jours. Les Américains ne craignent pas de venir en France, quand nous avons des Congrès, malgré l'éloignement. La distance est la même pour nous; nous ne devrions donc pas hésiter à nous rendre chez eux pour leur montrer ce qu'est l'art dentaire français.

Exposition de Gand. — Notre Association a pris part à l'Exposition de Gand dans le groupe XVI, classes 101 à 106, économie sociale, hygiène et assistance, où elle a obtenu une médaille d'argent.

2° *Activité intérieure.*

Le fonctionnement régulier de l'Association et de ses divers rouages a continué en 1913 conformément aux statuts, au règlement intérieur et aux principes généraux qui ont toujours réglé sa ligne de conduite.

Conseil d'administration. — Le Conseil d'administration a tenu deux séances : les 11 février et 15 novembre et le Bureau huit les 28 janvier, 18 et 25 février, 18 mars, 15 avril, 18 juin, 30 septembre et 14 octobre. Le Bureau a, de plus, été très occupé par des démarches auprès du Procureur de la République en ce qui concerne la prescription et la délivrance des toxiques, auprès du Recteur de l'Université au sujet des études dentaires, et surtout auprès du Parlement : Chambre, Sénat, Commissions de l'armée, touchant la situation militaire des chirurgiens-dentistes. Vous connaissez le résultat de notre intervention auprès du Procureur de la République : notre requête du 8 février 1913 a obtenu gain de cause. Il en a été de même à l'Académie de médecine.

La situation de l'enseignement odontologique et du recrutement de la profession de chirurgien-dentiste, qui avait fait l'objet d'un débat à notre assemblée générale du 19 janvier dernier, et qui avait été renvoyée à votre Conseil d'administration, a donné lieu à une pétition au Recteur de l'Université pour demander la faculté de faire simultanément la 2e année de stage et la 1re année de scolarité, rapport remis au Recteur dans une démarche collective (*Odontologie* du 30 avril 1913). Cette démarche n'a pas encore donné de résultat.

En ce qui concerne la situation des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire, bien que les démarches aient été faites par la Fédération dentaire nationale, l'Association s'y est trouvée mêlée. *L'Odontologie* vous en a rendu compte fidèlement. Je me bornerai à vous dire que la Chambre et le Sénat n'ayant pas accepté la création de *dentistes auxiliaires*, il a été demandé que, les chirurgiens-dentistes diplômés et les étudiants en chirurgie dentaire appelés sous les drapeaux faisant leur service comme dentistes militaires, leur situation soit précisée dans la loi ; il a été demandé également que les sursis d'études prévus pour les étudiants en médecine, en pharmacie et en médecine vétérinaire soient accordés aussi *aux étudiants en chirurgie dentaire* : un amendement a même été déposé à cet effet par MM. Paul Strauss et Emile Combes, sénateurs, à la Commission de l'armée du Sénat. Les choses en sont là.

Commission syndicale. — La Commission syndicale, qui a présenté un rapport sur son fonctionnement aux deux séances du Conseil d'administration, est intervenue, quand il a été fait appel à ses bons offices, soit dans les différends qui se sont produits entre nos sociétaires et leurs patients, soit dans les contestations survenues entre nos membres. Elle s'est efforcée de placer des opérateurs et des mécaniciens chez les confrères qui se sont adressés à elle.

Commission de prévoyance. — De son côté, la Commission de prévoyance qui, elle aussi, a présenté un rapport aux deux séances du Conseil d'administration, s'est acquittée de sa tâche, qui consiste à allouer des bourses, des secours d'études aux étudiants, à accorder des secours ou à consentir des prêts aux sociétaires qui font appel à ses bons offices.

Journal L'Odontologie. — Je ne mentionnerai que pour mémoire notre organe *L'Odontologie*, sur la gestion duquel le rapport de l'administrateur-gérant, M. Miégeville, vous éclairera complètement. Vous savez tous ce que vaut cette publication, peut-être encore plus appréciée à l'étranger qu'elle ne l'est en France, que le Comité de rédaction s'efforce de rendre variée, intéressante et bien informée, et qui vient d'entrer dans sa 34e année d'existence.

3° Décisions de l'assemblée générale.

Notre dernière assemblée générale a, vous vous le rappelez, discuté, adopté en principe et renvoyé au Conseil d'administration pour exécution :

1° Une proposition de M. Zimmermann tendant à la création d'une médaille à décerner, au nom de l'Association, aux opérateurs et mécaniciens-dentistes après 20 ans de service ;

2° Une proposition de M. Graff sur les moyens de remédier à la crise de l'apprentissage des mécaniciens-dentistes ;

3° Une proposition de M. Godon sur le recrutement de la profession de chirurgien-dentiste.

La première proposition a fait l'objet d'un rapport au Conseil d'administration du 15 novembre qui l'a étendue, qui a adjoint aux médailles des mentions ou diplômes et des livrets de caisse d'épargne, attribuables après 5, 10, 15 et 20 ans de service.

La 2e proposition a fait, de même, l'objet d'un rapport au Conseil d'administration du 15 novembre, qui a adopté diverses mesures propres à attirer des jeunes gens dans la profession de mécanicien-dentiste, en adhérant aux Comités de patronage des apprentis et en provoquant des conférences spéciales dans les écoles.

La 3e a fait l'objet d'une pétition au Recteur, dont je vous ai entretenus tout à l'heure.

CONCLUSIONS.

L'exposé qui précède vous montre que, fidèle à ses principes et à ses statuts, qui ont assuré son développement constant et régulier depuis sa fondation, l'Association s'est efforcée de sauvegarder et de défendre dans la mesure du possible les intérêts odontologiques qu'elle représente et les intérêts professionnels dont elle a la garde. Si le résultat n'a pas toujours répondu à ses efforts et à son attente, cela tient à un état social dans lequel certains préjugés sont encore enracinés, et qu'il est long d'extirper ; à la lutte opiniâtre qu'il faut soutenir à tous les instants contre les adversaires irréconciliables des chirurgiens-dentistes, embusqués dans toutes les forteresses féodales dont nous sommes obligés de les déloger pied à pied. D'aucuns trouveront peut-être que cette lutte n'a pas été assez âpre, n'a pas été menée assez vigoureusement, avec une offensive assez vive. Laissons-les dire : la critique est toujours aisée, l'art est plus difficile. Votre Conseil a la conscience d'avoir fait tout ce qui était en son pouvoir, au milieu des difficultés de l'heure présente, pour tirer le meilleur parti possible de la situation. Il croit avoir justifié la confiance dont vous l'avez honoré, en vous demandant de la lui continuer par le renouvellement de son mandat.

Rapport de M. V. E. Miégeville,

Administrateur-gérant du journal *L'Odontologie*.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de soumettre à votre approbation la situation financière du journal *L'Odontologie* dont vous m'avez confié la gérance. Je suis particulièrement heureux de vous annoncer que, malgré l'extinction de la subvention extraordinaire de 3000 fr. qui était les années passées accordée par l'Ecole (1500 fr.) et l'Association (1500 fr.), la situation financière du journal est prospère, ainsi que vous pourrez en juger par les *Comptes de pertes et profits* et le *Bilan*, comptes que nous vous présentons ci-dessous après vérification par M. Charrier, expert comptable, chargé du contrôle de notre comptabilité.

En effet l'excédent des recettes sur les dépenses est cette année de 353 fr. 76, y compris le reliquat du compte profits et pertes de l'exercice 1912-13, nous n'avons donc plus maintenant de compte d'abonnés irrécouvrables, l'ayant amorti dans le courant de l'exercice. Quant à l'excédent de recettes nous vous demandons donc encore cette année de ne pas le répartir, pour le conserver en réserve jusqu'à nouvel ordre. Le Comité de rédaction a déjà adopté le budget de 1913-14, qui s'élève en recettes et en dépenses à 26.660 fr., budget que nous vous proposons d'accepter et d'approuver ainsi que les comptes de l'exercice 1912-13.

NOTA. — *Tous les documents annexes sont à la disposition des sociétaires au secrétariat ou sur le bureau de l'Assemblée. Les membres ayant des questions à poser sont priés de vouloir bien en avertir le Président au moins trois jours à l'avance.*

Rapport de M. V. E. Miégeville,

Trésorier de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

Messieurs et chers confrères,

Comme tous les ans j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation la situation de l'Association au 30 septembre 1913. Je vous communique donc après vérification par M. Charrier, expert comptable, chargé du contrôle de notre comptabilité :

1° *Compte profits et pertes :*

a) De l'Association.

b) De la Commission de prévoyance et Commission syndicale.

2° *Bilan au* 30 *septembre* 1913, lequel se présente sans aucun commentaire particulier. Toutefois il ressort de son examen un excédent du débit sur le crédit, lequel provient de secours accordés à des membres dans le besoin, ainsi que des frais judiciaires.

De plus je dois faire remarquer que les valeurs mobilières sont en augmentation de 2.460 par suite de l'achat de 5 obligations foncières 1913.

Capital au 30 septembre 1912 :	
Association et Commission de prévoyance......	28.665 26
Capital au 30 septembre 1913 :	
Association et Commission de prévoyance......	28.008 94
Différence..............	656 72

Pour les recettes et les dépenses de l'exercice 1913-1914 voici le projet de budget :

	Recettes	Dépenses
Association...............	7.700	7.700
Commission de prévoyance..	3.325	3.325
Commission syndicale......	500	500

Je vous demande donc de vouloir bien approuver l'état des comptes qui vous est soumis et qui sera présenté au Conseil d'administration du 17 janvier prochain.

Liste des valeurs de la Caisse de prévoyance en dépôt en banque.

1° 4 obligations foncières 1879 de 500 francs, 3 0/0 au porteur du Crédit foncier de France.

N°s 671.102 à 671.104, 781.140;

2° 14 obligations communales 1879 de 500 francs, 2.60 0/0 au porteur du Crédit foncier de France.

N°s 99.195, 306.724, 315.591, 315.592, 315.594, 459.953, 462.292, 490.639, 702.423, 886.753, 942.804, 792.872, 792.873, 792.874;

3° 21 obligations foncières 1885 de 500 francs, 3 0/0 au porteur du Crédit foncier de France.

N°s 120.532, 194.499, 222.199, 252.442, 1.009.629, 1.094.824, 1.112.083, 1.112.084, 1.123.159, 1.123.160, 1.305.370, 1.305.371, 1.560.952, 1.360.959, 1.448.248;

4° 12 obligations fusion 3 0/0 nouvelle au porteur.

N°s 634.480, 2.216.113, 2.216.119, 2.677.279, 2.677.280, 2.694.656, 2.724.612 à 614, 4.364.210, 4.492.960, 4.891.781;

5° 5 obligations foncières 1913.

N°s 899.607 à 899.611.

Soit au total 56 obligations pour une valeur de 25.544 francs suivant cours au 30 septembre 1913.

NÉCROLOGIE

Notre jeune confrère Paul Martine, D. E. D. P., vient d'avoir la douleur de perdre son père ; nous le prions d'agréer nos sincères condoléances.

Le journal *Le Temps* a consacré à la mémoire du défunt les lignes suivantes :

« Nous apprenons avec regret la mort de M. Paul Martine, professeur honoraire du Lycée Condorcet. A sa sortie de l'Ecole normale, en 1868, il professa l'histoire au lycée de Colmar. L'année suivante il revint à Paris, en congé, et se jeta dans la politique. Il s'enrôla parmi les plus ardents ennemis de l'Empire, combattit le plébiscite par la plume et par la parole, prit part à la manifestation des funérailles de Victor Noir et fut, le 4 septembre, parmi les premiers envahisseurs du Palais-Bourbon.

» Pendant la guerre, il s'engagea dans la légion de Schœlcher et se conduisit héroïquement sous les murs de Paris. Patriote exalté, il fut de ceux qui protestèrent contre les lenteurs trop prudentes de la Défense nationale, et il participa à tous les mouvements révolutionnaires contre le gouvernement de l'Hôtel de Ville. Au 18 mars, il accepta les fonctions d'adjoint à la mairie des Batignolles. Il les conserva jusqu'à la chute de la Commune. Réfugié en Suisse, puis en Russie, il rentra en France à l'amnistie de 1880.

» Paul Martine fut réintégré dans les cadres de l'Université. Professeur d'histoire au lycée Condorcet, maître de conférences à l'école normale supérieure de filles de Fontenay et à l'école normale supérieure de garçons de Saint-Cloud, il rendit à l'enseignement les services les plus distingués. Le ministre de l'Instruction publique les reconnut en lui donnant la croix de la Légion d'honneur.

» Les nombreux élèves de Paul Martine garderont de leur professeur un reconnaissant souvenir. C'était un sentimental et un exalté, un patriote ardent, une sorte d'apôtre dont l'âme resta toujours, dans les tragiques circonstances de sa vie, haute et noble. »

G. V.

NOUVELLES

Bal des chirurgiens-dentistes.

Le cercle odontologique de France, pour fêter son dixième anniversaire et dans le but de resserrer les liens de confraternité entre les chirurgiens-dentistes et leurs familles, a décidé d'organiser un grand bal, auquel sont conviés tous les confrères.

Ce bal aura lieu le vendredi 20 février 1914, dans les salons de l'Hôtel Lutetia, 47, boulevard Raspail. Prix de la carte pour une personne : 10 francs. Les étudiants bénéficient d'une réduction de 50 o/o.

On trouve des cartes chez MM. Tzanck, 177, boulevard Saint-Germain ; Hugot, 44, avenue Wagram ; Filderman, 14, rue Mayet ; Garcin, 34, rue Drouot ; Robine, 9, rue Volney.

Cliniques dentaires scolaires.

La commission scolaire de Neuchâtel a décidé de demander aux autorités communales d'inscrire au budget de 1914, un poste de médecin-dentiste, exclusivement attaché aux écoles et chargé de diriger la clinique dentaire scolaire qui fonctionnerait dès la rentrée des classes, en avril prochain, si sa demande de crédit est accueillie. Cette clinique serait installée dans des locaux fournis par la commune ; elle serait de la plus grande utilité aux écoliers peu aisés ou pauvres.

***

Le conseil municipal de Berne a approuvé un crédit annuel de 12.000 francs pour la création d'une clinique pour les écoles et la création d'un poste de dentiste officiel, avec un traitement de 6.400 francs. Les soins donnés aux écoliers seront gratuits. Un dentiste bernois a fait un don de dix mille francs en faveur de cette clinique.

Cours de perfectionnement.

Un cours de perfectionnement dentaire a eu lieu du 2 au 4 octobre 1913 dans les salles de l'Académie pratique de médecine à Cologne.

Il a été suivi par 62 praticiens d'Allemagne, du Luxembourg, de Hollande et de Norvège. Des conférences y ont été faites par les Drs Zinser et Preysing.

(Kölnische Zeitung.)

L'exercice de l'art dentaire en Argovie.

M. Z., dentiste, qui s'occupait de la réparation des dentiers, avait été condamné à une amende de 45 francs par le tribunal cantonal argovien pour violation de la loi sur l'exercice de la médecine. Il présenta au Tribunal fédéral un recours de droit public en se basant sur la liberté professionnelle, garantie par la Constitution. Le Tribunal a écarté ce recours comme étant non fondé.

(Feuille d'avis de La Chaux de Fonds.)

Un singe chez un dentiste.

Le 3 novembre un des chimpanzés du cirque Busch à Berlin, qui souffrait des dents, fut anesthésié au chloroforme et on lui pratiqua alors l'extraction d'une molaire cariée.

(Pariser Presse.)

Station dentaire d'expériences.

Le 1er novembre une station dentaire d'expériences a été ouverte à l'Institut de perfectionnement de Berlin qui possède déjà un laboratoire de radiographie et un laboratoire de technique. La station sera mise à la disposition des praticiens désireux de faire des recherches.

Association de l'École odontotechnique.

L'Association de l'École odontotechnique a tenu son assemblée générale le 16 décembre 1913 avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbaux des séances du 20 décembre 1912 et du 20 mai 1913 ;

2° Correspondance ;

3° Rapport du secrétaire général ;

4° Rapport du trésorier;
5° Allocution présidentielle;
6° Propositions d'honorariat;
7° Vote d'un article supplémentaire au règlement;
8° Election des membres du Conseil (neuf);
9° Questions diverses.

Le Conseil d'administration se renouvelait en entier. Les membres suivants ont été élus :

MM. Ducournau père, Lee, Rodolphe, Fontanel, Barden, Lebedinsky, Bastien, Dubois, Bertrand père.

Comité de patronage des apprentis.

Dans une fête offerte par le Comité de patronage des apprentis du 8e arrondissement de Paris des récompenses ont été distribuées. Une de ces récompenses a été donnée au jeune Louis Wedig, apprenti mécanicien-dentiste, qui est resté trois ans dans la même maison.

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Le Conseil d'administration de la Société s'est réuni le mardi 23 décembre pour constituer son Bureau, les différentes Commissions et s'occuper des affaires courantes.

Ont été élus :

Président-directeur : M. Godon.
Vice-président et directeur administratif : M. d'Argent.
Vice-président et directeur de l'enseignement : M. Roy.
Directeur adjoint : M. Blatter.
Secrétaire général : M. G. Villain.
Secrétaire adjoint : M. Dreyfus.
Trésorier : M. Bioux.
Econome : M. Miégeville.
Bibliothécaire-archiviste : M. Henri Villain.
Bibliothécaire adjoint : M. Pillières.
Conservateur du musée : M. G. André.
Conservateur adjoint : M. Davy.

Manifestation de sympathie.

3e *liste de souscripteurs.*

Nous publions ci-après la 3e liste de souscripteurs qui ont pris part à la manifestation organisée en l'honneur de M. L. Lemerle dont nous rendons compte d'autre part :

MM. Barden.
Calame (Valence).
Chibret (Clermont-Ferrand)
Coutard.
Coraini (Naples).
Dumont.
Dieck (Berlin).
Delaplanche.
Ecole odontotechnique.
Eudlitz.
Francq.

MM. Harwood (Lyon).
Holly Smith.
Lalement.
Lannois.
Marouzé.
Mourani.
De Nevrezé.
Paulme.
Spaulding.
Tzanck.
Younger.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1913.

D

E

F

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

HYGIÈNE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS (V. ECOLE DENTAIRE DE PARIS)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

TECHNIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

NOMS D'AUTEURS [1]

1. Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.